



BACHELORARBEIT

Herr
Thomas Meyer

**Betriebliches Gesundheitsma-
nagement – Möglichkeiten und
Grenzen der Maßnahmenewa-
luation**

Fakultät: Medien

BACHELORARBEIT

Betriebliches Gesundheitsmanagement – Möglichkeiten und Grenzen der Maßnahmenevaluation

Autor:
Herr Thomas Meyer

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM12wP1-B

Erstprüfer:
Prof. Heinrich Wiedemann

Zweitprüfer:
Prof. Dr. Sebastian Scharf

Einreichung:
Mittweida, 24.06.2015

BACHELOR THESIS

Workplace health management – opportunities and limits

author:

Mr. Thomas Meyer

course of studies:

Health Management

seminar group:

GM12wP1-B

first examiner:

Prof. Heinrich Wiedemann

second examiner:

Prof. Dr. Sebastian Scharf

submission:

Mittweida, 24.06.2015

Bibliografische Angaben

Meyer, Thomas

Betriebliches Gesundheitsmanagement – Möglichkeiten und Grenzen der Maßnahmenevaluation

Workplace health management – opportunities and limits

47 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2015

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation von Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der komplexen Zusammenhänge im betrieblichen Gesundheitsmanagement, welche die Evaluation der Maßnahmen zu einer besonderen Herausforderung werden lassen, werden zu Beginn einige theoretische Abgrenzungen vorgenommen. Hier wird insbesondere auf den Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese eingegangen, der eine große Rolle im Gesundheitssektor spielt. Im Anschluss werden die Indikatoren für die Evaluation betrachtet und ausgewählte Modelle zur Maßnahmenevaluation mit Hilfe einer literarischen Bestandsaufnahme erläutert. Daraufhin folgt eine vergleichende Analyse der Modelle, in der die gewonnenen Erkenntnisse zusammengeführt und Vor- und Nachteile der betrachteten Modelle herausgearbeitet werden. Abschließend folgt eine Zusammenfassung, in der die behandelte Thematik in einem sehr ganzheitlichen Kontext gestellt wird.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung und Forschungsstand.....	2
1.2 Zielsetzung und Fragestellung.....	4
1.3 Methodik und Vorgehensweise.....	5
2 Hauptteil.....	6
2.1 Theoretische Abgrenzungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	6
2.1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	10
2.1.2 Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese	11
2.1.3 Akteure im BGM	13
2.1.4 Instrumente und Maßnahmen im BGM	16
2.2 Evaluation als eine besondere Herausforderung im BGM	18
2.2.1 Indikatoren für die Evaluation im BGM.....	21
2.3 Design der Ergebnisevaluation	25
2.3.1 Kosten-Nutzen-Analyse	29
2.3.2 Beobachtung und Dokumentation	35
2.3.3 Befragungen.....	38
3 Vergleichende Analyse der Evaluationsmaßnahmen	43
4 Zusammenfassung.....	46
Literaturverzeichnis	IX
Eigenständigkeitserklärung	XV

Abkürzungsverzeichnis

- | | |
|------------|--|
| 1. BGM | Betriebliches Gesundheitsmanagement |
| 2. BEM | Betriebliches Eingliederungsmanagement |
| 3. AU-Tage | Arbeitsunfähigkeitstage |
| 4. HRM | Human Ressource Management |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der Bereiche im Gesundheitsmanagement.....	7
Abbildung 2: Salutogene Kräfte vs. pathogene Kräfte.....	12
Abbildung 3: Verantwortliche Akteure für eine strategische Steuerung des BGM.....	15
Abbildung 4: Ablaufmodell eines BGM-Projekts.....	16
Abbildung 5: Regelkreis der BGM-Maßnahmen.....	18
Abbildung 6: Indikatoren für die Evaluation des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	22
Abbildung 7: BGM-Evaluation im Bereich des ökonomischen Nutzens.....	29
Abbildung 8: Monetäre Effekte auf der Kosten- und Nutzen-Seite.....	32
Abbildung 9: Formen der Befragung.....	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formen der Prävention.....	17
Tabelle 2: Inhalte der Evaluationsgruppen.....	27
Tabelle 3: Kostenkategorien.....	33
Tabelle 4: Vergleichender Überblick über die vorgestellten Evaluationsmaßnahmen..	44

1 Einleitung

„Wer nicht jeden Tag etwas für seine Gesundheit aufbringt, muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern“.
(Pfarrer Sebastian Kneipp)¹

Dieses „Kneipp“-Zitat trifft genau den heutigen gesellschaftlichen Trend: „Prävention statt Rehabilitation“. Dieser Ansatz findet insbesondere Anwendung im Hinblick auf die gegenwärtigen Umstellungen und Veränderungen – zum Beispiel in Bezug auf den demografischen Wandel. Besonders betrifft dies: das Altern der Gesellschaft, die Globalisierung und den technischen Fortschritt. Die Relevanz des Einsatzes der neuen präventiven Gesundheitsmaßnahmen ist auch aufgrund der statistischen Daten bestätigt worden, die auf die ständig wachsenden Gesundheitskosten hinweisen (dazu kann die jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben 2011 zu 2010 im internationalen Vergleich angeführt werden). In dieser ist verdeutlicht worden, dass neben solchen Ländern wie Chile und der Türkei, die an der Spitze der Liste stehen (Zuwachs jeweils 15,69 % und 10,08 %), auch europäische Länder zu finden sind (Luxemburg 9,50 %; Schweiz 7,62 %; Schweden 6,38 %, Norwegen 6,06 %).² Obwohl Deutschland im Vergleich zu den anderen Ländern eine relativ niedrige Wachstumsrate der Gesundheitskosten aufweist (2,85 %), ist dieses problematische Umfeld auch hierzulande aktuell und wird mit einem regen gesellschaftlichen und politischen Interesse betrachtet.

Physisch und psychisch gesunde Mitarbeiter sind für den Unternehmenserfolg überaus wichtig; es liegt auf der Hand, dass diese Arbeitnehmer mit einer höheren Effizienz arbeiten und damit einen wesentlichen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg leisten. In der modernen Arbeitswelt wurde diesbezüglich entsprechend reagiert – dies ist an der Gesundheitspolitik in kleinen, mittleren und großen Unternehmen deutlich zu erkennen. Das gesamte Konzept des Gesundheitswesens bezieht sich meist auf die Begrifflichkeit „Healthcare Marketing“.³ Dabei wird das „Healthcare Marketing“ als eine Auftragsform im Gesundheitswesen betrachtet, bezüglich der Anpassung und des Ausbaus an

¹ Zit. in: Amend, 2015, S. 2

² Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2013, S. 159., Quelle: OECD Health Data 2012

³ vgl. Reinecke 2011, S. 6

vielen wichtigen (marketingspezifischen) Schnittstellen.⁴ Eine bedeutende Anpassung in diesem Sinne besteht darin, dass der Patient („der Leidende“), aber auch der Arzt nicht immer als „kundenorientiert“ wahrgenommen werden⁵. Für das betriebliche Gesundheitsmanagement bedeutet dies eine weitere Herausforderung, der sich die erfolgsorientierten Unternehmen stellen müssen.

Bei der thematischen Aufbereitung ist ein weiterer wichtiger Einleitungspunkt erforderlich geworden, nämlich: dass das Hauptthema der Arbeit abgegrenzt werden muss. Aus dem Arbeitstitel ist ersichtlich, dass sich das Hauptthema zum einen auf das gesamte Umfeld *des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)* bezieht; zum anderen sollen die *Möglichkeiten und Grenzen der Evaluationsmethoden* erläutert werden. Bedingt kann das betriebliche Gesundheitsmanagement als grundlegende Basis der Arbeit hinzugezählt werden; die Evaluationsmethoden bilden dabei das Herzstück.

1.1 Problemstellung und Forschungsstand

Hinter der erwähnten (healthcare-marketingspezifischen) Herausforderung des BGM befindet sich eine lange Kette der Gründe und Ursachen, diese helfen, die Problemstellung des Fachbereichs besser zu verstehen. In diesem Zusammenhang wird von einem qualitativen („kundenorientierten“) betrieblichen Gesundheitsmanagement gesprochen, in erster Linie sind diesbezüglich die Merkmale der modernen Arbeitswelt gemeint, und diese sind heutzutage durch „Flexibilität, Innovationsfähigkeit, Kreativität, Wissen, Engagement sowie Leistung und Lernvermögen“ geprägt,⁶ als bedeutsame Besonderheiten in der Arbeitswelt gelten heutzutage auch die beschleunigten Prozesse des Wandels.⁷ Dazu zählen die Erhöhung der Arbeitsdichte und der Qualitätsanforderungen an die Produkte und Dienstleistungen; der demografische Wandel, und als Ergebnis die Alterung der Mitarbeiter, sind ebenfalls prägnante Faktoren.⁸ Offensichtlich sind diese Aspekte des modernen Arbeitsmarkts zu grundlegenden Bestandteilen geworden. Auch deshalb muss, bezogen auf den thematischen Bereich des BGM und die gründliche Erarbeitung des Hauptthemas, die Abgrenzung der Problemstellung

⁴ vgl. Reinecke 2011, S. 6

⁵ vgl. ebd.

⁶ vgl. ebd.

⁷ vgl. Uhle, Treier 2015, S. 297

⁸ vgl. ebd.

erfolgen. Das Gesundheitsmanagement wird, auf der Grundlage der damit zusammenhängenden Sachverhalte, als „Königsweg im Fahrwasser des beschleunigten Wandels“⁹ bezeichnet. Gleichzeitig soll darauf hingewiesen werden, dass die Evaluationsmethoden weitere „problemstellungs-bezogene“ Faktoren und einen Forschungsbedarf aufweisen. In diesem Kontext wird zum Beispiel davon gesprochen, dass die Evaluation als solche in Deutschland „nicht unbedingt zur Routine der Gesundheitsförderung“ zählt¹⁰, und dass den Fragen nach dem Nutzen der durchgeführten Maßnahmen für die Unternehmen bisher meist nur unzureichend nachgegangen wurde.¹¹ Dafür gibt es unterschiedliche Gründe: Mangel an allgemein gültigen Evaluationsinstrumenten, (z. B. Fragebögen) und an finanziellen Mitteln; auch die Befürchtungen seitens der Projektverantwortlichen („eine Evaluation könne das ganze Projekt gefährden“) spielen dabei eine Rolle.¹² Außerdem ist dazu anzumerken, dass eine permanente Verbesserung der gesundheitsfördernden Maßnahmen und Motivation zur Fortsetzung der Anstrengungen die sichtbare (gemessene) Wirkung voraussetzen.¹³ Es ist ebenfalls festgestellt worden, dass die Ergebnisse solcher Evaluierungen auch den Einsatz der betrieblichen Ressourcen (Finanzen und Personal) beeinflussen.¹⁴

Der Forschungsstand dieser Thematik wird aus unterschiedlichen Perspektiven erläutert; wichtig erscheinen in diesem Sinne die Anmerkungen von Dieter Gloede, der darauf hingewiesen hat, dass es in der Regel unmöglich ist, „über eine reine Kostenvergleichsrechnung hinaus eindeutige Aussagen über die wirtschaftliche Effizienz einer gesundheitsförderlichen Maßnahme im Betrieb zu treffen“.¹⁵ Diesbezüglich hat der Autor relevante Schlussfolgerungen gezogen, die für diese Arbeit als Ausgangslage zu betrachten sind.¹⁶:

1. „Die Ergebnisse der bisher erlangten Wirtschaftsevaluationen gesundheitsfördernder Maßnahmen im Arbeitsumfeld basieren auf Vollkostenrechnungen und sind somit auf andere Betriebe nicht übertragbar. Daraus folgt, dass die Gültig-

⁹ vgl. Uhle, Treier 2015, S. 297

¹⁰ Loss et al. 2010, S. 6

¹¹ vgl. Winter, Singer 2008, S. 163 ff., in Badura et al.

¹² Loss et al. 2010, S. 6

¹³ vgl. Winter, Singer 2008, S. 164, in in Badura et al.

¹⁴ vgl. ebd.

¹⁵ Gloede, 2011, in: Bamberg et al., S. 251

¹⁶ vgl. ebd., S. 251 ff.

keit der bisher erzielten Erkenntnisse durch eine ungeeignete Bewertungsmethodik stark eingeschränkt ist.

2. Für die Kostenkalkulation gesundheitsfördernder Maßnahmen sind keine einheitlichen Standards vorhanden¹⁷ (uneinheitliche Bewertungsprinzipien und Bewertungsregeln, die nicht vergleichbar untereinander sind; der Bedarf an einer detaillierten Analyse in jedem Einzelfall).
3. Aus etlichen Veröffentlichungen über gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Arbeitswelt gehen die entstandenen Kosten und Einsparungen hervor, nicht aber die Bewertungsregeln in Bezug auf deren Ermittlung. Im Hinblick darauf, dass unzählige Kalkulationsspielräume bestehen, leisten diese Studien aber keine verwertbaren Beiträge zur Wirtschaftlichkeitsevaluation der untersuchten Maßnahmen¹⁸.

Diesen Herausforderungen ist zu entnehmen (an der Anfangsetappe der vorliegenden Untersuchung), dass die in der Arbeit festgelegten Relationen und bearbeiteten Materialien mit einem gewissen Anteil der Vorsicht beurteilt werden müssen. Bedingt ist das vor allem durch den offensichtlichen Faktor der Individualität für die bisher in den zahlreichen Studien gewonnenen Ergebnisse.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Im Hinblick auf die ausgeführten Sachverhalte und die abgegrenzten thematischen Eckpunkte der Arbeit wird zum einen das Ziel verfolgt, auf das Thema des BGM einzugehen und sich in diesem Bereich detailliert und gründlich mit den konkret ausgewählten Evaluationsmaßnahmen zu befassen. Als das „oberste Ziel“ des gesamten wissenschaftlichen Vorhabens kann dabei gelten, den Nachweis einer generellen Relevanz des Evaluationsansatzes im BGM zu erbringen, auch ein Anstoß für weitere wissenschaftliche Arbeiten in Bezug auf das Erlernen der konkreten Evaluationsmaßnahmen kann damit bewirkt werden. Aus dem Titel der Arbeit ist die weitere Zielsetzung der Arbeit zu erkennen, und zwar sich kritisch mit den zu bearbeitenden Evaluationsmethoden auseinanderzusetzen bzw. deren Vor- und Nachteile sowie Grenzen und Möglichkeiten aufzuzeigen.

¹⁷ Chapman 2005, zitiert nach Gloede, 2011, in: Bamberg et al., S. 252

¹⁸ Aldana et al. 2005; Mills et al. 2007, zitiert nach Gloede, 2011, in: Bamberg et al., S. 252

Aufgrund der gesetzten Ziele und der im weiteren Verlauf vorgestellten Vorgehensweise bzw. Methodik der Arbeit ist folgende Forschungsfrage zu formulieren: „Was macht eine gute Evaluationsmethode aus?“ Eine solche Fragestellung ermöglicht es, zwischen den Bausteinen der Analyse eine Verbindung herzustellen und alle bearbeiteten Inhalte in die Beantwortung der Forschungsfrage einzubeziehen.

1.3 Methodik und Vorgehensweise

Das wissenschaftliche Vorhaben der Arbeit ist durch das literarische Recherchieren der fach einschlägigen Quellen geprägt und realisiert worden, mit einer theoretischen Grundlage, in der die wichtigsten Begrifflichkeiten (BGM, Akteure im BGM, Instrumente und Maßnahmen etc.) definiert worden sind. Nach dem allgemeinen theoretischen Einstieg in die Evaluationsmodelle wurden diese auf drei konkrete Methoden konzentriert: Experimentelles Design; Pretest-Posttest-Design; Befragung und Beobachtung. Anschließend an diese theoretische Vorstellung der drei Bewertungsmaßnahmen wurde eine vergleichende Analyse dieser Instrumente durchgeführt; dabei ist auf die Stärken und Schwächen der beschriebenen Evaluationsmethoden eingegangen worden, ebenso auf die Unterschiede oder Ähnlichkeiten sowie auf die Vor- und die Nachteile. Aufgrund der Bearbeitung dieser Punkte konnte ermöglicht werden, die Hauptforschungsfrage der Arbeit anhand der festgestellten Sachverhalte zu beantworten. Aus ökonomischen Gründen ist in der Arbeit auf die geschlechtliche Aufteilung der Begriffe „Mitarbeiter“, „Arbeitgeber“, „Arbeitnehmer“ etc. verzichtet worden, es sind demnach die weiblichen und die männlichen Vertreter(innen) gleichwertig zu verstehen.

2 Hauptteil

Um das wesentliche Element des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der entsprechenden Evaluationsmaßnahmen im Detail betrachten zu können, ist es sinnvoll, am Anfang eine theoretische Differenzierung der Begriffe „betriebliches Gesundheitsmanagement“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“ vorzunehmen. Aufzuzeigen sind somit auch die Akteure im BGM und deren Aufgaben, von denen die BGM-Maßnahmen im Unternehmen angesteuert bzw. umgesetzt werden sollen. Diese sind als ein theoretischer Einstieg in das gesamte thematische Umfeld zu verstehen, denn sie führen zu einem weiteren wichtigen Schritt der Analyse; bei diesem wird zunächst ein allgemeiner Überblick über die Instrumente und Maßnahmen im BGM gegeben. Die Evaluation ist dabei auch als eine BGM-Maßnahme zu definieren; dies wird innerhalb der Arbeit anhand drei ausgewählter Evaluations-Maßnahmen näher erläutert und verglichen.

2.1 Theoretische Abgrenzungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist als ein Gesamtkonzept zu verstehen, das „[...] als Führungsaufgabe institutionalisiert und [...] kontinuierlich wahrgenommen und verbessert [werden soll] [...]“.¹⁹ „Darunter wird die Gesamtheit aller betrieblichen Aktivitäten, die der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Belegschaft dienen, verstanden.“²⁰

Um ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu ermöglichen, bedarf es verschiedener Bereiche, die das Thema Gesundheit betreffen. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat in Abbildung 1 alle Bereiche zusammengefasst, die, gemäß deren Auffassung, zum Gesundheitsmanagement gehören. Daraus geht hervor, dass das Gesundheitsmanagement Bereiche umfasst wie: die Personalpflege, die Personal- und Organisationsentwicklung, die Unternehmenskultur, die Gesundheitsförderung und den Arbeits- und Gesundheitsschutz.

¹⁹ Badura et al., 2003, S. 23

²⁰ Schobert, 2012, S. 101

Bestimmte Themen, wie: eine alternde Belegschaft, Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Führung, gelten demnach als bereichsübergreifend; Themen wie Ernährung, Bewegung oder Beschäftigungssicherheit sind den einzelnen Bereichen eindeutig zuzuordnen.

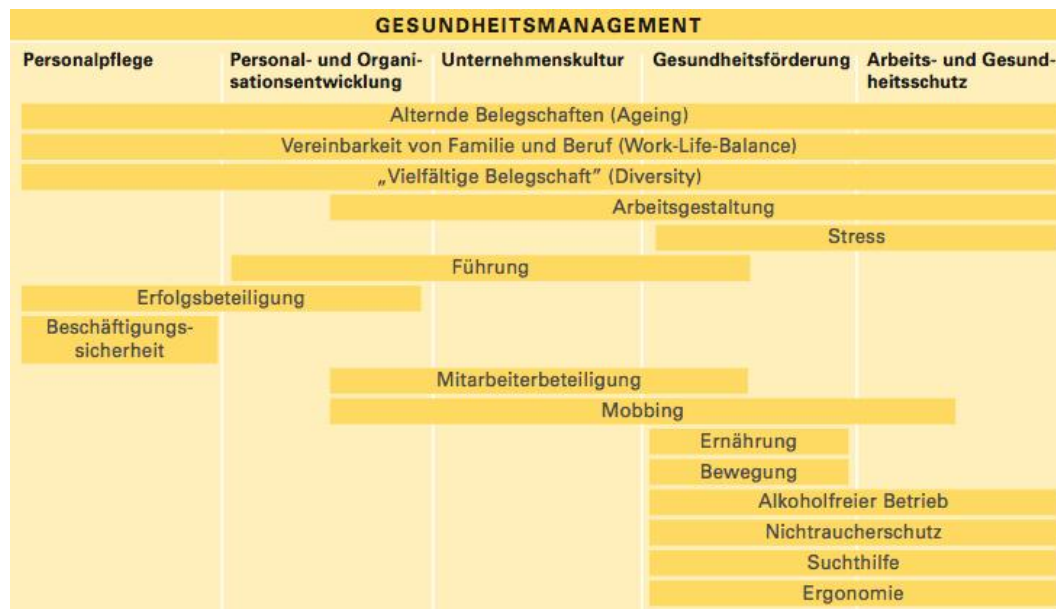


Abbildung 1: Übersicht der Bereiche im Gesundheitsmanagement, Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkasse, 2004, S. 11

In der Abb. 1 ist dargestellt worden, dass der gesetzlich verankerte Arbeits- und Gesundheitsschutz ein wichtiger Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist. Die Schwerpunkte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes liegen „in der Schaffung sicherer Arbeitsbedingungen sowie [...] [im] Gesundheitsschutz“.²¹ Die betriebliche Gesundheitsförderung wird eingesetzt, um gesundheitsgefährdende Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren und ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Arbeitnehmer zu fördern; allerdings erfolgt die betriebliche Gesundheitsförderung auf freiwilliger Basis.²² Ein Unternehmen ist also nicht dazu verpflichtet, gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten.

Diese Maßnahmen sind aber für eine erfolgsorientierte Tätigkeit der Unternehmen nicht nur ratsam, sondern sinnvoll. Denn diese vermitteln dem Mitarbeiter, dass sein

²¹ Schobert, 2012, S. 101

²² Ebd.

Arbeitgeber an ihm als Mensch interessiert ist, ihn also nicht nur als „Leistungsresource“ betrachtet, und dass die Gesundheit der Mitarbeiter für ihn ein relevantes Thema ist.²³ Die auf die Gesundheit der Mitarbeiter gerichtete Wertschätzung ist in zahlreichen Arbeiten in Verbindung mit der Unternehmenskultur genannt worden und gilt damit als ein einflussreicher Unternehmenswert. Die Unternehmenskultur bestimmt demnach, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen in einem Unternehmen eingesetzt werden.²⁴ Ducki et al. Haben betont, dass die Einbettung der gesundheitsfördernden Maßnahmen in die Unternehmenskultur jedoch nur dann möglich ist, „wenn alle Beteiligten Gesundheit als wesentliche Aufgabe und als wesentlichen Zielzustand erkennen“.²⁵

Der Betrieb, in dessen Unternehmenskultur die gesundheitsfördernden Ansätze eingeflossen sind, kann in seiner Tätigkeit viele Vorteile erreichen. Die Unternehmenskultur steht für das Image des Unternehmens und kann sowohl intern als auch extern viele auf die Unternehmenstätigkeit und Mitarbeiterbeziehungen auswirkende Effekte hervorrufen. Forscher betrachten diese sozusagen als einen „Rahmen“, der die Identifizierung der Unternehmenswerte für die Mitarbeiter bewirkt, und auch zur Überprüfung der Übereinstimmung seiner eigenen Sichtweisen mit den unternehmerischen Zielen dient.²⁶ Demzufolge werden der Unternehmenskultur viele bedeutsame Aufgaben zugeordnet: Motivation, Zufriedenheit, Qualität der Arbeit etc.; darüber hinaus stellt die Unternehmenskultur einen erheblichen Wettbewerbsvorteil dar.²⁷ Weißenrieder und Kosel haben darauf hingewiesen, dass dies von den „weichen Faktoren“ (Betriebsklima, Führungskultur, Entwicklungsmöglichkeiten, Attraktivität der Arbeitsaufgaben, gemeinsame Erfolge, Partizipationsmöglichkeiten und Anerkennung) stark geprägt wird.²⁸ Außerdem haben sie dazu angemerkt, dass die Unternehmenskultur ein dynamischer und langjähriger Entwicklungsprozess ist.²⁹ Bei Ducki et al. wurde in Bezug auf weitere theoretische Ausführungen ein interessantes Konzept entwickelt: die „salutogene Unternehmenskultur“: „Die salutogene Unternehmenskultur gibt dem Gesundheitsma-

²³ vgl. Huber, 2010, in: Esslinger et al., S. 82

²⁴ vgl. Ducki et al., 2011, in: Bamberg et al., S. 152 ff.

²⁵ Ebd., S. 149

²⁶ Loffing, 2010, S. 44.

²⁷ vgl. Weißenrieder, Kosel, 2010, S. 15.

²⁸ Ebd.

²⁹ Ebd.

nagement Ziele vor, die über Prävention und Belastungsreduktion hinaus die Weiterentwicklung der situativen und personalen Ressourcen einschließt“.³⁰ Die Salutogenese als eine wichtige Begrifflichkeit für das gesamte BGM-Konzept zieht sich durch die ganze Arbeit als roter Faden. Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Untersuchung auch kurz auf die beiden Perspektiven der Salutogenese und Pathogenese eingegangen werden. Diese Perspektiven können zudem als Ausdehnung des schon erwähnten Trends „Prävention statt Rehabilitation“ verstanden werden. Die Einzelheiten dieser beiden Aspekte sind kurz in den nächsten Schritten der Arbeit zu veranschaulichen.

An dieser Stelle ist aber noch ein offensichtlicher Zusammenhang zu den Krankheiten der Mitarbeiter abzuleiten, der sowohl für den gesamten Erfolg des Unternehmens als auch für die Messinstrumente im BGM eine große Rolle spielt. Als Ausschlag gebend gilt, dass die Fehlzeiten durch Krankheiten die Produktivität eines einzelnen Unternehmens erheblich vermindern können. Im Hinblick darauf ist es für die einzelnen Unternehmen besonders wichtig, die finanziellen Folgen aufgrund der Krankheiten der Mitarbeiter bezüglich der Produktionsprozesse einzubeziehen. Diese Informationen tragen dazu bei, mögliche (gesundheitliche) Probleme rechtzeitig zu identifizieren und demzufolge in effizienter Form die Finanzmittel zum Gesundheitsschutz zu verwenden.³¹ Aus der Perspektive der Evaluationsmaßnahmen kann angenommen werden, dass wichtige Bewertungen anhand der finanziellen Werte im Zusammenhang mit den Krankheiten bzw. den Fehlzeiten der Mitarbeiter vorgenommen werden. Diese Annahme wird im Abschnitt der Arbeit in Bezug auf die Evaluationsmaßnahmen ausführlicher behandelt.

Aus diesen Ableitungen hat sich ergeben, dass das Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements ein massives Feld darstellt; in diesem wird der betrieblichen Gesundheitsförderung ein Leitmotiv zugeteilt. Um den Einblick in das thematische Feld erweitern zu können, soll in einem nächsten Schritt der Analyse auch der Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ abgegrenzt werden.

³⁰ Ducki et al., 2011, in: Bamberg et al., S. 152 ff.

³¹Vgl. Baase, 2007, in: Badura et al., S. 46

2.1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Eine Integration des betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgt durch die „Förderung von Gesundheit [...] in allen wichtigen Entscheidungen und in allen Bereichen des Unternehmens“.³² Das systematische Durchführen der Programme und der Maßnahmen bildet das Projektmanagement, einbezogen werden dabei unter anderem: *Bedarfsanalysen, Planungen sowie Erfolgskontrollen*. Dadurch kann verdeutlicht werden, dass die Evaluationsmaßnahmen (z. B. Erfolgskontrollen) auch ein Bestandteil des Projektmanagements sind. Ganzheitlichkeit heißt in diesem Fall, dass nicht nur das Verhalten der Person zu der gesundheitlichen Förderung beiträgt, sondern auch die Arbeitsbedingungen entsprechend angepasst werden müssen (Verhältnis), um den Arbeitnehmer vor etwaigen Gefahren zu schützen.

Die 1986 durch die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO verabschiedete „Ottawa-Charta“ dient noch heute als Leitbild der Gesundheitsförderung.³³ Die Anforderung bestand damals darin, eine „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zu erreichen, aber auch darüber hinaus. Mit dieser strategischen Zielsetzung ist eine neue Definition der Gesundheitsförderung erfolgt:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. [...] Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. [...] Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“.*³⁴

Demnach ist Gesundheit nicht einfach nur durch nicht vorhandene Krankheiten bzw. Gebrechen zu erklären, sondern als ein Lebenszustand des körperlichen, geistigen

³² Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2004, S. 10

³³ vgl. WHO, 25. Jahrestag der Ottawa-Charta, 2011, Internetquelle

³⁴ WHO, 1986, S. 1 und S. 3

und sozialen Wohlbefindens.³⁵ Angesichts der Evaluationsmaßnahmen spielt diese Ableitung auch eine prägnante Rolle; diese ist in den entsprechenden Abschnitten der Analyse berücksichtigt worden. Die Gesundheitsförderung ist damit, gemäß der WHO-Definition, als ein stetiger und langfristiger Entwicklungsprozess zu verstehen.

2.1.2 Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese

In den vorangegangenen Abschnitten ist kurz auf eine bipolare Perspektive für die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ hingewiesen worden. Offensichtlich ist, dass Gesundheit oder Krankheit je nach dem Blickwinkel thematisiert werden können. So kann die Gesundheit entweder durch positive Aspekte (Lebenszufriedenheit, soziale Aktivität, Gesundheitserleben), aber auch durch krankheitsbezogene Werte ausgeführt werden. In dieser Arbeit kommt gerade der gesundheitsfördernden und präventionsorientierten Struktur eine hohe Bedeutung zu. Denn es liegt auf der Hand, dass gerade ein solcher Ansatz (Prävention, statt Rehabilitation) als Kern des Gesundheitsmanagements in jedem Unternehmen zu fassen ist.

Deshalb sind die gesundheitsbezogenen Modelle (statt der krankheitsorientierten) für diese Analyse mit einem besonderen Interesse betrachtet worden. Zu diesem Modell gehört auch die von Aaron Antonovsky entwickelte Perspektive des salutogenetischen Paradigmas. Als Gegenpol für die Salutogenese hat er den Begriff der Pathogenese entgegengesetzt. Schematisch lassen sich diese Gegenpole mithilfe der folgenden Abbildung veranschaulichen:

³⁵ vgl. WHO, 2006, S. 1

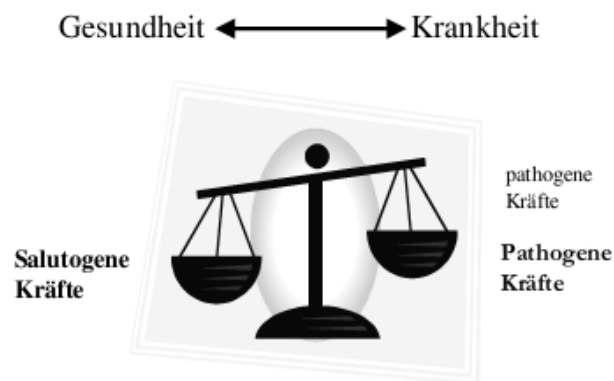


Abbildung. 2: Salutogene Kräfte vs. pathogene Kräfte, Quelle: Vorlesung „Klinische Psychologie“, Prof. Dr. Ralph Viehhauser³⁶

In dieser Abbildung kann die Parallele (Gesundheit – Krankheit; Salutogenese - Pathogenese) klar erkannt werden; die gesundheitsorientierte Ebene ist mit einem deutlichen „Gewichtsvorteil“ dargestellt worden. Allerdings ist diesbezüglich die Anmerkung wichtig, dass diese Gegenüberstellung nicht bedeutet, dass die beiden Ebenen einander ausschließen; vielmehr wird von einer gegenseitigen Ergänzung ausgegangen.³⁷

Den Menschen wird im salutogenen Modell die Rolle eines selbstverantwortlichen Individuums zugeschrieben, da die Gesundheit als ein selbst-reflexiver Prozess betrachtet wird.³⁸ Außerdem bzw. zusätzlich werden in dem Modell die konstruktiven Elemente herausgestellt, „die die Selbstheilungskräfte der Menschen verbessern“.³⁹ Im Sinne des salutogenetischen Modells wird auch vermehrt auf die Prozesse hingewiesen, die zur Förderung und zur Erhaltung der Gesundheit beitragen.⁴⁰

Der Perspektivwechsel des salutogenetischen Paradigmas wird durch ein biopsychosoziales Menschenbild geprägt. Dies bezieht sich darauf, dass die Entstehung und der Verlauf einer Krankheit neben den organmedizinischen Aspekten meist auch von psychischen und sozialen beeinflusst wird – ebenso, wie dies durch den Lebenszusam-

³⁶ [https://people.fh-landshut.de/~rviehh/Download_students/Klinische%20Psychologie%20\(7.%20Sem.\)/KlinPsych4-Salutogenese.pdf](https://people.fh-landshut.de/~rviehh/Download_students/Klinische%20Psychologie%20(7.%20Sem.)/KlinPsych4-Salutogenese.pdf), abgerufen am 19.05.2015, S. 4

³⁷ vgl. Felbinger, 2009, S. 102

³⁸ vgl. ebd., S.104

³⁹ vgl. ebd.

⁴⁰ vgl. ebd.

menhang einer Person erfolgen kann.⁴¹ Ein solches biopsychosoziales Menschenbild bildet einen bedeutenden Paradigmenwechsel in der medizinischen Forschung.⁴²

Im erweiterten Ansichtsbereich solcher Aufarbeitungen hat sich als sinnvoll erwiesen, die Salutogenese als ein Unterbau für das betriebliche Gesundheitsmanagement zu verstehen. Wichtig ist dabei, an das vorher herausgearbeitete Konzept der salutogenen Unternehmenskultur zu erinnern (S. 7), denn in diesem werden dem betrieblichen Gesundheitsmanagement Ziele vorgegeben. Zu diesen sind die Prävention, Belastungsreduktion und Weiterentwicklung der situativen und personalen Ressourcen hinzuzählen. Ein genauerer Einblick in das Konzept „Prävention“ wird im nächsten Abschnitt der Arbeit ermöglicht.

Bevor auf die Instrumente, insbesondere die Evaluationsmaßnahmen eingegangen wird, mit deren Hilfe die Maßnahmen der Prävention dargestellt werden, wird zunächst der Bereich „Akteure im BGM“ thematisiert. Das betrifft zum Beispiel die Frage: Wer ist an der Gestaltung und Umsetzung der BGM-Prozesse beteiligt?

2.1.3 Akteure im BGM

Die Funktion der strategischen Organisation der BGM-Maßnahmen wird in der Regel den Fachkräften für Arbeitssicherheit und –schutz zugeordnet. Bei der strategischen Steuerung geht es um *„eine zielorientierte längerfristige Ausrichtung und Koordinierung mittels geeigneter Management-Methoden und der Einbindung von Akteuren der Führungsebene“*.⁴³ Dabei erhält die Absicherung einer Abstimmung der längerfristigen Schwerpunkte des BGM mit den Unternehmensstrategien eine hohe Priorität.⁴⁴

Dass die strategische Steuerung überwiegend den Fachkräften für Arbeitssicherheit und –schutz übertragen wird, ist aufgrund einer Befragung der großen deutschen Industrieunternehmen ermittelt worden.⁴⁵ Als auffällig in dieser Untersuchung hat sich ergeben, dass die Führungskräfte nur in knapp 20 % der befragten Unternehmen an den BGM-Prozessen beteiligt worden sind.

⁴¹ vgl. Felbinger, 2010, S. 102

⁴² vgl. ebd.

⁴³ vgl. Harges, Holzträger 2009, S. 19

⁴⁴ vgl. ebd.

⁴⁵ vgl. ebd.

Jancik hat dazu geschrieben, dass die Führungskräfte bei der Beauftragung der externen Fachkräfte (Betriebsärzte) zu erkennen gegeben hätten, dass sie an der Gesundheit ihrer Mitarbeiter nicht sonderlich interessiert wären.⁴⁶ Der Wissenschaftler hatte allerdings darauf hingewiesen, dass einem Betriebsarzt im gesamten Prozess des betrieblichen Gesundheitsmanagements eine wichtige Rolle zugeordnet wird;⁴⁷ besonders bezogen auf seine Kompetenz und seine langjährige Zugehörigkeit zu einem Bereich.⁴⁸ Denn diese Eigenschaften haben, laut Jancik, eine systemorientierte und zielgerichtete Beratung sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Führungspersonen ermöglicht.⁴⁹ Dabei hat der Autor einen wichtigen Punkt angeführt, nämlich: dass eine langjährige Zugehörigkeit des Betriebsarztes zu einem Unternehmen auch bezüglich des Vertrauens der Mitarbeiter nützlich ist.⁵⁰ Das Vertrauen in die Person des Arztes bewirkt, dass die Informationen seitens der Mitarbeiter „ohne große Anstrengung“ in dessen Richtung fließen.⁵¹ Außerdem hat Jancik diesbezüglich eine wichtige Schlussfolgerung gezogen, indem er einen Zusammenhang hergestellt hat zwischen der Einstellung der Führungspersonen zum Gesundheitszustand ihrer Mitarbeiter und zu der Arbeitsqualität der Betriebsärzte. Dazu kommt noch eine Verbindung, die sich auf die Arbeitsqualität der Führungskraft bezieht⁵²:

„Die Form der Aufgabenübertragung an einen Betriebsarzt, Werksarzt oder arbeitsmedizinischen Dienst spiegelt auch die Grundhaltung der verantwortlichen Führungspersonen zu dem Recht der Mitarbeiter auf Gesundheit und Unversehrtheit wider; [...] In der Regel findet sich mit zunehmender Kompetenz und Führungsqualität der Unternehmensleitung ein zunehmend kompetenter und engagierter Arbeitsmediziner als Berater“.

In Anlehnung auf die Untersuchung von Hardes und Holzträger kann ein prozentueller Gesamtüberblick der Beteiligten an der strategischen Steuerung des BGM geliefert werden:

⁴⁶ vgl. Jancik, 2002, S. 164

⁴⁷ vgl. ebd.

⁴⁸ vgl. ebd.

⁴⁹ vgl. ebd.

⁵⁰ vgl. ebd.

⁵¹ vgl. ebd.

⁵² ebd., S. 165

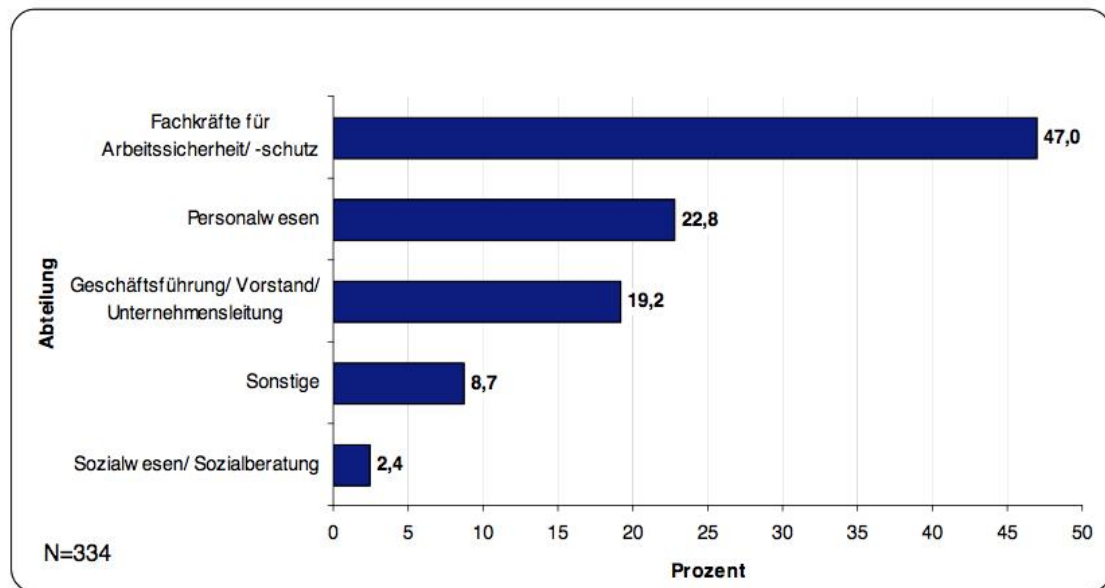


Abbildung. 3: Verantwortliche Akteure für eine strategische Steuerung des BGM, Quelle: Hardes, Holzträger 2009, S. 20

In der Abbildung sind die bisherigen Ergebnisse eindeutig erkennbar, auch bezogen darauf, dass die Geschäftsführung im prozentuellen Verhältnis nur eine relativ geringe (Mit-)Verantwortung für die strategische Steuerung des BGM übernimmt. Die Betriebsärzte sind dementsprechend der größten Gruppe aus dieser Tabelle zuzuordnen: den Fachkräften für Arbeitssicherheit und -schutz. Eine weitere große Gruppe in der strategischen Organisation des BGM stellt auch das Personalwesen dar.

Außerdem ist darin verdeutlicht worden, dass die abgebildeten Gruppen der Akteure einen ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagementansatz meistern müssen, indem sie sich sinnvoll miteinander vernetzen.⁵³ Ein solcher Ansatz geht sogar über die Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen hinaus und stellt neben den Kosten- und Wettbewerbsvorteilen auch die soziale Verantwortung des Unternehmens in den Mittelpunkt des betrieblichen Gesundheitsmanagements.⁵⁴

In diesem Abschnitt ist demnach veranschaulicht worden, welche Beteiligungsgruppen im thematischen Umfeld vorhanden sind. Im nächsten Abschnitt wird das Hauptthema behandelt und demzufolge das Instrumentarium und Maßnahmenpaket erläutert.

⁵³ vgl. Singer, Neumann 2010, S. 52 f., zit. in: Esslinger, A. et al.

⁵⁴ vgl. ebd.

2.1.4 Instrumente und Maßnahmen im BGM

Die Instrumente und Maßnahmen umfassen ein weiteres großes Umfeld; in diesem sind die Aufgaben und Funktionen festgelegt, die an die Akteure im BGM delegiert werden. Beim Recherchieren in der fachlich fundierten Literatur hat sich herausgestellt, dass dieses thematische Feld sehr massiv und flächendeckend für den gesamten Bereich des BGM gilt. Als Erstes ist darauf hinzuweisen, dass die Instrumente im BGM grundsätzlich in zwei große Gruppen eingeteilt werden können: *Interventionsmaßnahmen* und *strategisch orientierte Maßnahmen*. Die Interventionsmaßnahmen sind auf konkrete Aktivitäten ausgerichtet und werden in der Umsetzungsphase realisiert.⁵⁵ Die strategisch orientierten Maßnahmen werden in die Regelabläufe eingebunden, aus denen die Maßnahmenstruktur des BGM besteht.

In diesem Abschnitt geht es also einerseits um die Interventionsmaßnahmen, andererseits um die strategisch orientierten Maßnahmen. Demnach können generell vier Phasen im gesundheitsfördernden Projekt eines Unternehmens unterschieden werden⁵⁶:

Phase 1: Konstituierung und Zielfindung



Phase 2: Planung und Analyse



Phase 3: Durchführung



Phase 4: Auswertung und Analyse

Abbildung. 4: Ablaufmodell eines BGM-Projekts

Offensichtlich ist, dass die Interventionsmaßnahmen der 3. Phase zuzuordnen sind. Dabei findet die Evaluation ihren Einsatz jedoch nicht nur in der 4., sondern sowohl in der 2. Als auch in der 4. Phase.

⁵⁵ vgl. Horvath et al., 2009, S. 17

⁵⁶ Ducki, 2011, S. 140 ff.

Falls es sich um Interventionsmaßnahmen handelt, ist diesbezüglich an die bereits in den erläuterten Abschnitten abgeleiteten Zusammenhänge zu erinnern: „Prävention statt Rehabilitation“, auch bezüglich der gesundheitsfördernden Unternehmen (Stichwort „salutogene Unternehmenskultur“). Grundsätzlich können diese, je nach deren Präventionsform, in drei Cluster eingeteilt werden: primär, sekundär und tertiär.⁵⁷ In der folgenden Abbildung werden die jeweiligen Cluster gruppiert, mit jeweils kurzen Erläuterungen:

Präventionsformen		
<i>primär</i>	<i>sekundär</i>	<i>tertiär</i>
Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen <u>Ziel:</u> Senkung der Zahl von Neuerkrankungen, Verhütung von Risikofaktoren <u>Im Unternehmen:</u> z.B., Gesundheitsprogramme, präventive Arbeitsgestaltung	Früherkennung von Erkrankungen <u>Ziel:</u> Senkung der Chronifizierungs- oder Unheilbarkeitsrate durch frühzeitige Behandlung. <u>Im Unternehmen:</u> z.B. Aufklärungsprogramme, Screening-Untersuchung, Schulung der Führungskräfte	Folgeschäden/Wiederholung von Erkrankungen vermeiden <u>Ziel:</u> Rehabilitation <u>Im Unternehmen:</u> z.B. Reintegrationsprogramme, korrektive Arbeitsgestaltung

Tabelle 1: Formen der Prävention, Quelle: Rudow, 2014, S. 339

Falls es um die „salutogene Unternehmenskultur“ geht, kann dazu festgehalten werden, dass diese eher zur primären Präventionsform gehört. In der Praxis können die Interventionsmaßnahmen der BGM-Programme (z. B. durch Wissensvermittlung⁵⁸ oder Einführung der entsprechenden Gesundheitsangebote⁵⁹) realisiert werden.

Bei den strategisch orientierten Maßnahmen handelt es sich hingegen um die Herausarbeitung eines „Regelkreislafs“; dieser Kreislauf soll die grundlegenden Bestandteile im Bereich der Instrumente und Maßnahmen aufzeigen.

⁵⁷ Vgl. Rudow, 2014, S. 339

⁵⁸ Am Beispiel der Commerzbank: Einführung eines verpflichtenden webbasierten Lernprogramms „Gesund in der Commerzbank“: Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Vermittlung von Wissen und Weitergabe von Informationen über Gesundheitsangebote der Commerzbank, Quelle: Klaffke, 2014, S. 150

⁵⁹ Interventionsmaßnahmen zur Rückenstärkung, da Rückenschmerzen ein massives Problemfeld im Arbeitsalltag darstellen und auch als Krankheitsursache Nr. 1 gilt, Matyssek, 2011, S. 10

Die Evaluation ist ein wichtiger Ansatz in einem gesundheitsfördernden Projekt; dies kann anhand des folgenden Schemas veranschaulicht werden, das einen Überblick über die Bestandteile der Maßnahmenprozesse im BGM liefert:

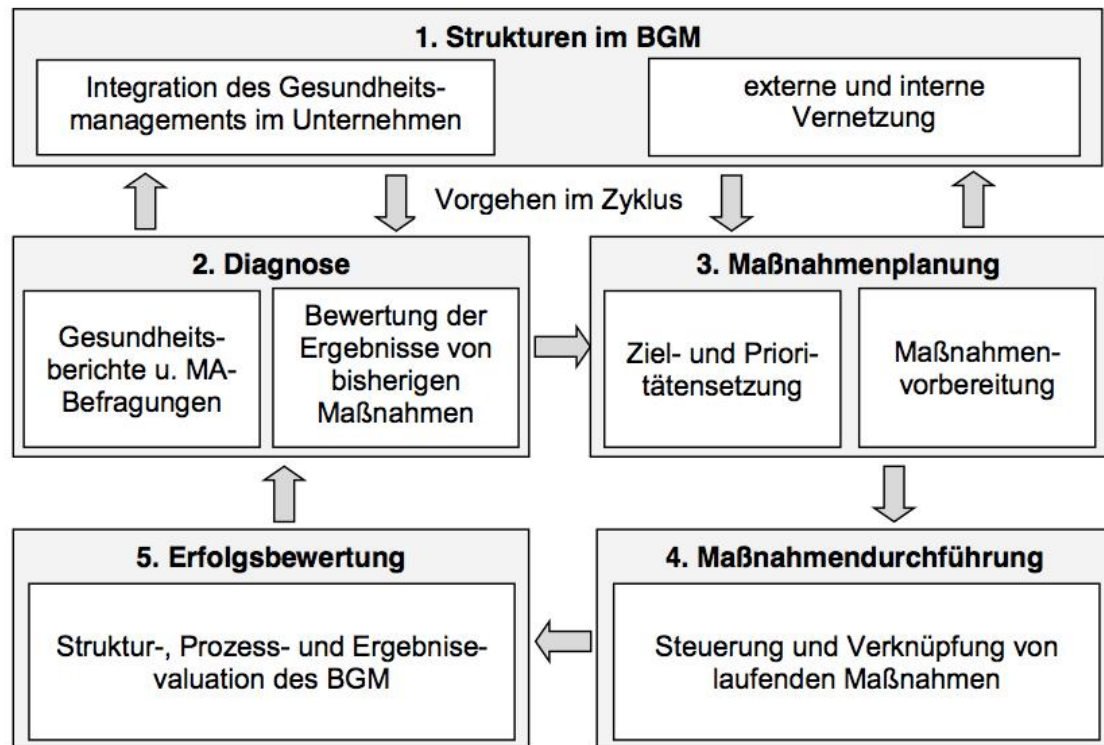


Abbildung. 5: Regelkreis der BGM-Maßnahmen, Quelle: Kraußlach, 2013, S. 50, in Anlehnung an Badura 1999, S. 58

Aus den Bestandteilen dieses Regelkreises ist ersichtlich, dass die Evaluation in alle strategisch orientierten BGM-Maßnahmen eingebunden ist, aber auch in den Regelzyklus (z. B. durch eine systematische Überprüfung der BGM-Ziele), und demzufolge den gesamten Prozess kontinuierlich ausrichtet.

2.2 Evaluation als eine besondere Herausforderung im BGM

Bevor die Frage und Veranschaulichung der Bedeutung der Evaluationsmaßnahmen im BGM erfolgt, wird der Begriff „Evaluation“ theoretisch abgegrenzt. Aufgrund der mehrfachen Auslegungsmöglichkeit des Begriffs ist die Definition von Rossi und Free-

man bevorzugt worden⁶⁰: „*Evaluation research is a systematic application of social research procedures for assessing the conceptualization, design, implementation, and utility of social intervention programs*“. Anhand dieser Definition sind die bereits herausgearbeiteten Merkmale der Bewertungsmaßnahmen erkennbar zum Beispiel in Bezug auf: „*systematic application*“ oder „*assessing the conceptualization, design etc.*“.

Walter hat die Evaluation im betrieblichen Gesundheitsmanagement auch als „*systematische* Bewertung der implementierten Strukturen und Prozesse sowie der erzielten Ergebnisse“⁶¹ bezeichnet. Dieser Definition ist zu entnehmen, dass die Evaluation eine besondere Herausforderung im Rahmen des BGM darstellt. Die Analyse des Ist-Zustandes dient beispielsweise einerseits der Bedarfsermittlung und Motivationsbildung; andererseits steht die gewonnene Datenbasis später für eine Evaluation der durchgeführten Interventionsmaßnahmen zur Verfügung.⁶²

Badura und Ritter haben „Evaluation“ als das zentrale Element definiert, das es ermöglicht, sich durch eine kontinuierliche Optimierung oder eine grundsätzliche Überarbeitung der Strukturen und Prozesse an seine Umwelt anzupassen. Die Evaluation bezieht sich somit auf BGF als Ganzes und betrifft die strukturellen Einheiten sowie Abläufe und Ergebnisse gleichermaßen. In einer längerfristigen Perspektive dient die Evaluation auch der Entwicklung realistischer Ziele und praktischer Maßnahmen. Denn somit können Daten für einen überbetrieblichen Vergleich zur Verfügung gestellt werden.⁶³ Walter geht darüber hinaus davon aus, dass die Evaluation im betrieblichen Gesundheitsmanagement auf zweierlei Ansätze zielt: „die Erreichung der Ziele“ und „die Erreichung der Standards“⁶⁴.

Für die Durchführung der Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements existieren unterschiedliche Methoden.⁶⁵ Semmer und Zapf haben ihre Meinung so geäußert, dass *der systematischen Evaluation* oft zu wenig Beachtung geschenkt wird.⁶⁶ Die Bedeutung der Evaluation wird in den Unternehmen häufig unterschätzt, das spiegelt sich oftmals in den ungenügend ausgestatteten Evaluationsbudgets wider.⁶⁷ Au-

⁶⁰ vgl. Stockmann, 2006, S. 47

⁶¹ Walter 2003, S. 96, in: Badura, Hehlmann

⁶² Vgl. Ducki 2011, S. 155

⁶³ Vgl. Badura und Ritter, 1998, S. 234

⁶⁴ Walter 2003, S. 96, in: Badura, Hehlmann

⁶⁵ Vgl. Ulich, Wülser 2015, S. 198

⁶⁶ Vgl. Semmer, Zapf 2010, zit. In: Ulrich, Wülser, 2015, S. 198

⁶⁷ Vgl. ebd.

ßerdem ist eine nicht ausreichende Qualität bezüglich der eingesetzten Instrumente⁶⁸ festgestellt worden. Dazu kommt die Tatsache, dass diese Instrumente das zu beurteilende Merkmal erfassen (Validität), und dass sie sehr zuverlässig und genau sind (Reliabilität). Der Vorteil des Einsatzes dieser Instrumente besteht darin, dass relevante Kriterien nicht übersehen werden.⁶⁹

Wenn es um die Ergebnisse einer Evaluation im betrieblichen Gesundheitsmanagement geht, dann ist zu beachten, dass sich die gemessenen Werte zum Besseren bzw. Schlechteren verändern, oder, dass sie auch unverändert bleiben können.⁷⁰ Eine besondere Bedeutung hat in Bezug darauf, und nach der Meinung von Walter, *der Zeitfaktor*.⁷¹ Der Wissenschaftler hat darauf hingewiesen, dass, je veränderungsintensiver bzw. weitreichender die BGM-Maßnahme ist, umso länger ist die Zeitspanne, bis sich die angestrebten Ergebnisse einstellen.⁷² Auf diese Art kann es bei längeren Interventionen erst zu einer Verschlechterung der Ergebnisse kommen (Veränderungswiderstände), bevor sich diese in einer langfristigen Zeitspanne verbessern.

Die Evaluationsmaßnahmen werden häufig in eine Reihe mit solchen wichtigen Werten gestellt wie: „Entwicklung von Qualitätsstandards“ und „Qualitätssicherung“.⁷³ Gleichzeitig wird an diesen Ansätzen, insbesondere am Ansatz der Evaluation, hervorgehoben, dass „auch bei einer noch so überzeugenden wissenschaftlichen Befundlage die Notwendigkeit bestehen bleiben [würde], durchgeführte Gesundheitsmaßnahmen einer soliden Routineevaluierung zu unterziehen“.⁷⁴ Westermayer und Wellendorf haben diesbezüglich hinzugefügt, dass die Evaluation eines BGM auf betrieblicher Ebene „den Charakter der Organisationsentwicklung“ einbeziehen muss.⁷⁵

Die Verbindung zwischen der BGM-Evaluation und den Qualitätsmanagementsystemen hat auch Sochert festgestellt, nämlich: „dass eine auf Dauer akzeptierte Gesundheitsförderung um eine Qualitätssicherung und ständige Überprüfung ihrer Prozessabläufe und Ergebnisse bemüht sein muss [...]“.⁷⁶ Der Wissenschaftler ist auch der Meinung, dass es in der Bewertung der gesundheitsfördernden Maßnahmen eben-

⁶⁸ Vgl. ebd.

⁶⁹ Vgl. ebd.

⁷⁰ Walter 2003, S. 96, in: Badura, Hehlmann

⁷¹ Vgl. ebd.

⁷² Vgl. ebd.

⁷³ Vgl. Wellmann, Lempert-Hortskotte 2009, S. 220

⁷⁴ Lenhardt 2007, S. 106, zit. in: Wellmann, Lempert-Hortskotte 2009, S. 220

⁷⁵ Westermayer, Wellendorf, 2007, zit. in: Wellmann, Lempert-Hortskotte 2009, S. 220

⁷⁶ Sochert 2001, zit. in: Wülser, 2015, S. 190

falls wichtig ist, sich möglichst anschlussfähig für andere Qualitätsmanagementsysteme zu erweisen, indem zum Beispiel allgemeine Kriterien des Qualitätsmanagements berücksichtigt werden.⁷⁷

Aufgrund der in diesem Unterkapitel herausgearbeiteten Ableitungen wird offensichtlich, dass die Evaluation nicht nur als ein unabdingbarer Bestandteil des BGM-Zyklus dargestellt werden kann, sondern dass sich das auch auf die besonderen Herausforderungen bezieht, und dass damit ein Zusammenhang zur Qualität bzw. Qualitätssicherung im Unternehmen gegeben ist. Im Hinblick darauf sind die Indikatoren der Evaluationsmaßnahmen im BGM als ein weiterer wichtiger Punkt zu betrachten. Es ist demnach klar, dass sie eng an die vorher herausgearbeiteten Qualitätssicherungsansätze gebunden sind. Ein Indikator aus dem BGM-Bereich kann beispielsweise zum grundlegenden Baustein der evaluationsorientierten Qualitätssicherung hinzugezählt werden. Welche Indikatoren im Evaluationssystem des BGM existieren, und was anhand dieser gemessen werden kann, wird im nächsten Abschnitt der Arbeit aufgezeigt.

2.2.1 Indikatoren für die Evaluation im BGM

Die Indikatoren, auch Kennzahlen der BGM-Evaluation, sind als wichtige Tools der Evaluationsmaßnahmen zu bezeichnen. Denn anhand dieser Werte, vor allem aufgrund der begrenzten Ressourcen in den Unternehmen, kann nachgewiesen werden, ob tatsächlich ein Nutzen geschaffen wurde.⁷⁸ Singer und Neumann haben diese bezeichnet als: „Marker für z. B. den gesundheitlichen Zustand oder die Ressourcen und Leistungen in einem Unternehmen“;⁷⁹ sie haben die BGM-Indikatoren in „harte“ und „weiche“ Messgrößen eingeteilt.⁸⁰ Zu den harten Kennzahlen zählen sie solche „offensichtlichen“ Werte hinzu wie *Krankenstände und Unfallquoten*. Die weichen Größen zeigen sich *in der subjektiv empfundenen Mitarbeiter- bzw. Arbeitszufriedenheit und im Erfassen des Wertes des Betriebsklimas*. Eine solche Aufteilung ist auch bei anderen Forschern zu finden, z. B. bei Badura et al., die bei den „weichen Themen“ auch *Kommunikation, Führungsstil oder Stressmanagement* abgrenzen.⁸¹ Positive Einflüsse der BGM-Maßnahmen haben die Wissenschaftler auch in den Unternehmenserfolgen erkannt, zum Beispiel *ein optimierter Arbeitsschutz, die Senkung von Entgeltfortzahlungen, Produktivitätssteigerungen, Ablaufoptimierung, weniger Personalausfälle, mehr*

⁷⁷ Sochert 2001, zit. in: Wülser, 2015, S. 190

⁷⁸ Vgl. Singer, Neumann, 2010, S. 57, in: Esslinger et al.

⁷⁹ Vgl. ebd.

⁸⁰ Vgl. ebd.

⁸¹ Vgl. Badura et al. 2010, S. 208

*Kundenzufriedenheit, die Senkung von Fehlerquoten, mehr Qualität und Innovation, bessere Verfügbarkeit des Personals etc.*⁸² Bezüglich weiterer Erfolgsfaktoren bzw. –indikatoren der eingesetzten gesundheitsfördernden Maßnahmen im Unternehmen haben die Forscher auch *Veränderungen im Führungsverhalten, beim Commitment, bei der Anzahl der Verbesserungsvorschläge oder den psychosomatischen Beschwerden*⁸³ genannt.

In dieser Auflistung der grundlegenden Evaluationsindikatoren sind zwei „Gegenpol-Perspektiven“ deutlich geworden, die teils auch bei der Aufarbeitung der Salutogenese- bzw. Pathogenese-Richtung ersichtlich geworden sind. So kann beispielsweise an einigen Indikatoren eindeutig die erfolgsorientierte (salutogene) Perspektive entdeckt werden: *Produktivitätssteigerung, Ablaufoptimierung, mehr Qualität und Innovation*. Bei den anderen analysierten Kennzahlen ist klar geworden, dass diese im Hinblick auf die pathogenen Werte entstanden sind: *Senkung der Entgeltfortzahlungen, Senkung der psychosomatischen Beschwerden usw.*

In den vorherigen Schritten der Analyse ist bereits festgelegt worden, dass die salutogene Perspektive in dieser Arbeit einen besonderen Aufmerksamkeitsgrad erhalten hat. Denn es liegt auf der Hand, dass die *positiven* Ergebnisse gerade für die salutogene Unternehmenskultur im BGM-Ansatz stehen.

Auf die Aufstellung von Singer und Neumann bezogen ist folgende Klassifizierung der grundlegenden Indikatoren in den BGM-Evaluationsmaßnahmen anzuführen:

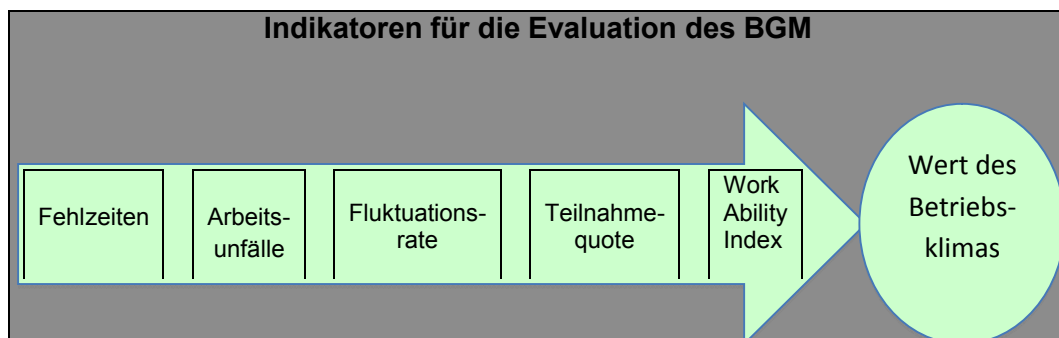


Abbildung. 6: Indikatoren für die Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Quelle: Singer, Neumann 2010, S. 58

⁸² Vgl. ebd.

⁸³ Vgl. Fritz et al. 2010, S. 9 (Band der Techniker Krankenkasse)

In dieser Abbildung ist illustriert worden, dass die ausgewählten Indikatoren dem Wert des Betriebsklimas zugrunde liegen, somit also als wichtige Bausteine der Unternehmenskultur gelten. Dazu ist zu erläutern, welche Bedeutung diese Elemente haben und was anhand dieser Werte in der Perspektive des BGM gemessen werden kann.

Fehlzeiten sind laut Singer und Neumann die meist verwendeten Indikatoren.⁸⁴ Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass sie einen direkten Zusammenhang zum Kostenfaktor des Unternehmens haben, außerdem können sie als Ausdruck der Mitarbeiter(un)zufriedenheit gelten. Denn Fehlzeiten werden als Störfaktor angesehen, besonders von den anderen meist anwesenden Kollegen, da die dadurch stärker belastet werden, weil sie die Arbeiten dann übernehmen müssen.⁸⁵ Rimbach hat dazu angemerkt, dass Fehlzeiten direkte und indirekte Kosten verursachen.⁸⁶ Die fehlende Motivation, Arbeitsunzufriedenheit, das schlechte Firmenimage werden zu den indirekten Kosten gezählt. Die direkten Kosten sind: sinkende Produktivität, hohe Absentismusraten und Personalkosten.⁸⁷ Die Nachteile der Fehlzeiten-Werte sind, laut Uhle et al., auch darin zu sehen, dass sie „erst spät auf Problemlagen reagieren und nicht zukunftsorientiert ausgerichtet sind, reale Kosten verdecken und Schwächen hinsichtlich der Standardisierung aufweisen“.⁸⁸

Arbeitsunfälle im Unternehmen können einen eindeutigen Hinweis auf den fehlenden Arbeits- bzw. Gesundheitsschutz sein. Aufgrund des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens sowie Branchenvergleichs und betriebsinternen Vergleichs lassen sich die diesbezügliche Probleme bzw. Unsicherheitsfaktoren aufdecken.⁸⁹

Die beiden Kennzahlen gehören zur Gruppe der „weichen“ Indikatoren. Nach der Auffassung von Kraußlach werden sie heutzutage nicht so stark in den *Kennzahlenanalysen* berücksichtigt, wie es vor einigen Jahren noch der Fall war⁹⁰.

Fluktuationsrate; Aufgrund dieser können Zusammenhänge zu verschiedenen Aspekten aufgezeigt werden. Beispielsweise kann die Kündigung durch den Arbeitnehmer (unternehmensfremde Kündigung) innerhalb der ersten zwölf Monate darauf hinweisen, dass es Schwierigkeiten beim Prozess der Personalauswahl im Unterneh-

⁸⁴ Vgl. Singer, Neumann 2010, S. 58, in: Esslinger et al.

⁸⁵ Vgl. ebd.

⁸⁶ Vgl. Rimbach 2013, S. 69

⁸⁷ Vgl. ebd.

⁸⁸ Vgl. Uhle et al. 2015, S. 281

⁸⁹ Vgl. Singer, Neumann 2010, S. 58 ff., in: Esslinger et al.

⁹⁰ Vgl. Kraußlach 2013, S. 66

men gibt. Die Fluktuation an sich lässt sich, laut Singer und Neumann, in drei Gruppen einteilen: eine natürliche Fluktuation (z. B. durch Tod oder Eintritt in den Ruhestand), arbeitgeberbedingte Fluktuation (durch Kündigung seitens des Arbeitgebers) und die unternehmensfremde Kündigung (seitens des Arbeitnehmers) als Mitarbeiterfluktuation.⁹¹

Teilnahmequote an den angebotenen Maßnahmen des BGM ist ein weiterer wichtiger Evaluationsindikator. Diese kann (nach Singer und Neumann) Aufschluss darüber geben, ob die BGM-Angebote von den Mitarbeitern akzeptiert werden bzw. Auswirkungen haben. Beim Ermitteln der Teilnahmequote ist die Dokumentation unerlässlich⁹², anhand der geführten Teilnehmerliste kann beispielsweise die erreichte Zielgruppe ermittelt werden.⁹³ Als ein weiteres Instrument in diesem Sinne gelten *Mitarbeiterbefragungen*, die maßgebliche Informationen über die Akzeptanz der BGM-Angebote geben können.⁹⁴ Die Wissenschaftler haben diesbezüglich hervorgehoben, dass eine hohe Teilnahmequote zum wesentlichen Bestandteil für den Erfolg des BGM zählt.⁹⁵

Work Ability Index (WAI) hat sich als eine anerkannte und vielfach bewährte Kennzahl im BGM eingebracht.⁹⁶ Demnach kann ermittelt werden, wie gut die Arbeitnehmer die ihnen zugeordneten Funktionen erfüllen können.⁹⁷ Der WAI lässt sich auch durch die Beantwortung von Fragen bestimmen in insgesamt sieben Kategorien.⁹⁸ Die Arbeitnehmer beantworten die Fragen zu physischen und psychischen Anforderungen der Arbeit, zum Gesundheitszustand und zu den Leistungsreserven.⁹⁹ Dabei wird ermittelt, wie hoch der Arbeitnehmer seine eigene Arbeitsfähigkeit bewertet bzw. einschätzt.¹⁰⁰

Aufgrund der in diesem Abschnitt durchgeführten Analyse kann eine Schlussfolgerung in Anlehnung an Badura ermöglicht werden, da er die Auffassung vertreten hat, dass in

⁹¹ Vgl. Singer, Neumann 2010, S. 59 ff., in: Esslinger et al.

⁹² Vgl. ebd.

⁹³ Vgl. ebd.

⁹⁴ Vgl. ebd.

⁹⁵ Vgl. ebd.

⁹⁶ Vgl. Badura 2009, S. 196

⁹⁷ Vgl. ebd.

⁹⁸ Vgl. ebd.

⁹⁹ Vgl. ebd.

¹⁰⁰ Vgl. ebd.

der Arbeit mit den BGM-Kennzahlen folgende wichtige Faktoren zu berücksichtigen sind¹⁰¹:

1. Die Kennzahlen sollen nicht nur den körperlichen Zustand des Beschäftigten anzeigen, sondern auch ihr psychisches Befinden, da das den körperlichen Zustand und die Arbeitsfähigkeit beeinflusst. Dabei kann auch die Bedeutung der „weichen“ Kennzahlen erkannt werden, die heutzutage stärker analysiert werden als die harten Kennzahlen.
2. Die BGM-Indikatoren sollen nicht nur unerwünschte Ereignisse dokumentieren, sondern auch als Frühwarnsystem dienen, um sie rechtzeitig erkennen und möglicherweise verhindern zu können.
3. Außerdem sollen sie auch klare Anhaltspunkte zur Vermeidung arbeitsbedingter Risiken und zur Mobilisierung betrieblicher Gesundheitspotenziale enthalten.
4. Schließlich müssen sie eine Verknüpfung zwischen den Befragungsdaten und den betrieblichen Routinedaten ergeben.

Anhand dieser analysierten Sachverhalte kann aufgezeigt werden, was im Hinblick auf die BGM-Maßnahmen gemessen werden kann und welche Rolle diese Messungen für das gesamte Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. für die Ergebnisse der Unternehmenstätigkeit haben können. Somit ist in diesem Teil der Arbeit ein annähernder Einstieg in das Thema der Evaluationsmethoden erfolgt, der im nächsten Schritt fortgeführt wird.

2.3 Design der Ergebnisevaluation

Die Evaluation im BGM ist als ein großes Umfeld zu betrachten, die sich je nach den verfolgten Zielen, der Bewertung und der gesundheitsfördernden Interventionen gestalten lässt. Neben dem Kriterium, was evaluiert werden soll, ist eine weitere wichtige Frage, wie die Evaluation durchzuführen ist. Daher ist das Design der Evaluationsmethoden sehr bedeutsam. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass ins Evaluationsdesign fünf wichtige Aspekte einfließen:

- Interventions- und Kontrollgruppe;

¹⁰¹ Vgl. ebd.

- Zuweisung der Teilnehmenden per Zufall;
- Annahme: die Einflussgrößen (bis auf die Gruppe) sind gleich verteilt;
- Es lassen sich Effekte nach der Intervention und Unterschiede zwischen der Gruppe überprüfen;
- Veränderungen lassen sich dadurch auf das Programm zurückführen.¹⁰²

Andererseits ist in Bezug auf die Entwicklung der Evaluationsdesigns auch der Aspekt zu beachten, ob sich das Modell auf die *Ist-Lage* oder auf die *Nachher-Lage* bezieht. Diese beiden Gruppen der Evaluationsmodelle sollen im Idealfall noch eine Kontrollgruppe berücksichtigen: die Personen, die nicht an dem Programm teilgenommen haben.¹⁰³ Außerdem sind, je nach dem Evaluationsgegenstand, drei große Gruppen zu unterscheiden: *Strategie-, Prozess- und Ergebnisevaluation*.¹⁰⁴ Die Ergebnisse dieser Evaluationsgruppen liefert die folgende Tabelle in Anlehnung an Loss et al.:

	Strategieevaluation	Prozessevaluation	Ergebnisevaluation
Zeitpunkt	Vor der Umsetzung bzw. während der Planung	Während der Durchführung	Am Ende bzw. nach Abschluss (idealerweise im Vergleich zu vorher oder mit Kontrollgruppe)
Begutachtungsgegenstand	<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung von Qualitätskriterien bei der Planung des Programms • Berücksichtigung von Erfolgsfaktoren • Orientierung an Best-Practice bzw. Good-Practice-Modellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des Projekts: <ul style="list-style-type: none"> - Eingesetzte Ressourcen - Übereinstimmung mit Projektplan (sog. Programmtreue) • Zielgruppenerreichung: <ul style="list-style-type: none"> - Reichweite des Programms - Akzeptanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen bei Wissen, Einstellung und Verhalten der Zielgruppe • Veränderungen biomedizinischer Parameter • Änderungen von Verhältnissen und Lebensumfeld

¹⁰² Bamberg 2014, Präsentation: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Herausforderung Messbarkeit, S. 8

¹⁰³ Loss et al. 2010, S. 14

¹⁰⁴ Loss et al. 2010, S. 15

Zielsetzung	Sicherung und Verbesserung der Qualität während der Planung und vor der Umsetzung	Sicherung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität während der Durchführung	Überprüfung der Programmauswirkungen und des Programmserfolgs
Mögliche Fragestellungen	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Ziele und Zielgruppen eindeutig festgelegt? • Wird die Zielgruppe mit in die Planung eingebunden? • Entspricht das geplante Vorgehen Best-Practice-Modellen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Können alle Maßnahmen des Programms wie geplant umgesetzt werden? • Wird der Zeitplan eingehalten? • Wie viele Mitglieder der Zielgruppe nutzen die einzelnen Angebote? 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit hat das Programm das Wissen der Zielgruppe zum Gesundheitsthema verändert? • Inwieweit haben sich Verhältnisse bzw. Lebensumfeld verändert?
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitiges Aufdecken von möglichen Schwachstellen in der Planung • Optimierung der Planung • Verbesserte Grundlage für die Durchführung 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtzeitiges Erkennen von Problemen bei der Umsetzung • Kontinuierliche Verbesserungen in der Prozessgestaltung • Bessere Einordnung der Erkenntnisse der Ergebnisevaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen darüber, ob ein Programm (bzw. einzelne Maßnahmen) weitergeführt, wiederholt oder (zuvor) verändert werden sollten.

Tabelle 2: Inhalte der Evaluationsgruppen, Quelle: Loss et al. 2010, S. 15

Aufgrund dieses Überblicks kann verdeutlicht werden, dass der Inhalt einer bestimmten Evaluationsmethode jeweils nach den gestellten Zielen zu bilden ist. Als Ansatzpunkt für die Gestaltung dieser drei Gruppen gilt es, den Zeitpunkt zu definieren, zu dem die Evaluation durchgeführt wird. Dabei werden drei Zeiträume abgeleitet, nämlich: vor, während und nach der BGM-Maßnahme. Außerdem wird aus dieser Tabelle auch der in den vorherigen Abschnitten abgeleitete Zusammenhang bezüglich der Qualitätssicherung ersichtlich (siehe Begutachtungsstand in der Strategieevaluation).

Ein weiterer Punkt zu dem Thema des Designs der Evaluationsmodelle ist in Bezug darauf von Gülpen abgeleitet worden. Die Autorin hat festgestellt, dass sich das Evaluationsdesign nach unterschiedlichen Faktoren einordnen lässt: zum Beispiel nach *dem Umfang, dem Zeitpunkt und den einbezogenen Personen der Evaluation*.¹⁰⁵ Diese Ableitung kann als eine Zusammenfassung der vorher herausgearbeiteten Aspekte des Evaluationsdesigns begriffen werden. Zusätzlich ist Gülpen auf die Klassifizierung des

¹⁰⁵ vgl. Gülpen 1996, S. 19

Evaluationsdesigns eingegangen, in Anlehnung an Götz; dabei hat sie weitere Modelle in den Bewertungsmethoden unterschieden¹⁰⁶:

- Teil- vs. Gesamtevaluation;
- Input- vs. Outputevaluation;
- Selbst- vs. Fremdevaluation;
- subjektive vs. objektive Evaluation;
- direkte vs. Indirekte Evaluation;
- intrinsische vs. extrinsische Evaluation;
- vergleichende vs. nicht-vergleichende Evaluation;
- formative vs. summative Evaluation;
- additive vs. integrierte Evaluation;
- interne vs. externe Evaluation.

Neben dieser Klassifizierung hat die Autorin erklärt, dass die genannten Kategorien „aufgrund verschiedener Fragestellungen meist nicht überschneidungsfrei sind, und dass eine Evaluation daher in mehrere Kategorien eingeordnet werden kann“.¹⁰⁷ Neben diesen Einordnungen differenzierte sie auch zwischen dem experimentellen und nicht-experimentellen Design.¹⁰⁸ Im experimentellen Design unterliegt die Teilnehmerzuordnung einer Zufallsauswahl (= Randomisierung)¹⁰⁹; beim nicht-experimentellen Design wird keine Zufallsauswahl getroffen.¹¹⁰

In dieser Analyse sind drei Evaluationsmethoden untersucht worden: *Kosten-Nutzen-Analyse, Befragung und Beobachtung*. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die beiden letzten Ansätze zu jedem Zeitpunkt Anwendung finden können. Dabei ist die Kosten-Nutzen-Analyse eher in der Nachlage-Bewertungsphase zu verwenden. Dazu hat Hellmann angemerkt: „*Tatsächlich realisierte Kosten und Nutzen von Investitionsvorhaben können naturgemäß erst im Nachhinein berechnet werden*“.¹¹¹

Als Nächstes werden diese drei Evaluationsmaßnahmen thematisiert und die in diesem Abschnitt herausgearbeiteten Designaspekte untersucht. Zusammenfassend zu die-

¹⁰⁶ vgl. Gülpen 1996, S. 19, in Anlehnung an Götz 1993, S. 10

¹⁰⁷ Gülpen 1996, S. 19

¹⁰⁸ Vgl. ebd.

¹⁰⁹ Vgl. ebd.

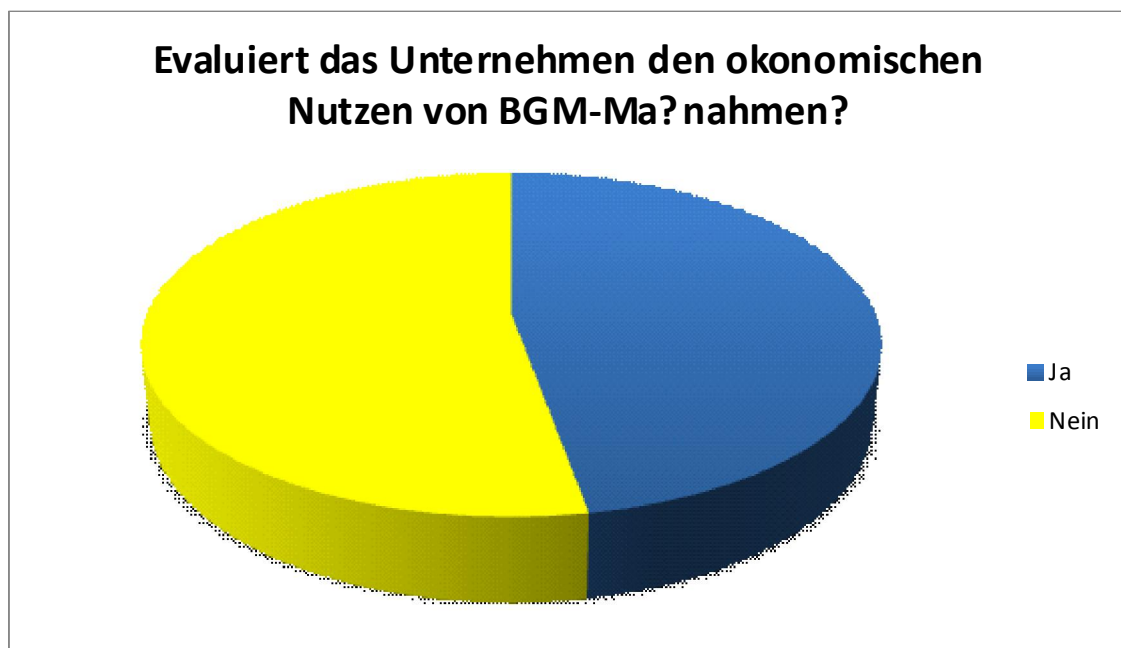
¹¹⁰ Vgl. ebd.

¹¹¹ Ueberle, Greiner 2007, S. 121, in: Hellmann (Hrsg.)

sem Thema kann festgestellt werden, dass die Auswahl und Entwicklung eines entsprechend passenden Forschungsdesigns als bedeutsame Faktoren gelten im gesamten Konzept der BGM-Evaluationsmethoden.

2.3.1 Kosten-Nutzen-Analyse

In einer statistischen Untersuchung aus dem Banksektor ist nachgewiesen worden,



dass der ökonomische Nutzen der BGM-Maßnahmen in 47,2 % evaluiert wird:

Abbildung 7: BGM-Evaluation im Bereich des ökonomischen Nutzens, Quelle Teglas 2015, S. 33¹¹²

Die Kosten-Nutzen-Analyse im betrieblichen Gesundheitsmanagement wird häufig der wirtschaftlichen Betrachtungsweise zugeordnet; sie ist somit aus der Unternehmenssicht die wohl wichtigste Analyse.¹¹³ Aus diesem Grund soll jede Investition im Unternehmen möglichst einen rentablen Output nachweisen.¹¹⁴ Diese Rentabilität dient außerdem dazu, die Bedeutung der BGM-Maßnahmen im Rahmen der Unterneh-

¹¹² Anzahl der befragten Banken: 53, davon messen den ökonomischen Nutzen 25; die am meisten evaluierten Kennzahlen: Fehlzeiten (100%); Krankheitskosten (72%); Fluktuation (88%), Teglas 2015, S. 33 ff.

¹¹³ Vgl. Eichholz 2013, S. 18

¹¹⁴ Vgl. ebd.

menstätigkeit hervorzuheben; insbesondere soll damit erreicht werden, diese vor den Führungskräften gewissermaßen zu sensibilisieren. Gloede hat dazu geäußert, dass der Spielraum zur Finanzierung unrentabler Aktivitäten durch deren nachgewiesene Notwendigkeit stark begrenzt wird.¹¹⁵ Die grundlegende Unterscheidung bezüglich der Kosten-Nutzen-Analyse besteht darin, dass sämtliche Kosten und der gesamte Nutzen der zu bewertenden Maßnahmen in monetären Einheiten evaluiert werden.¹¹⁶ Die dabei berechneten Kosten werden (nach Schöffski und Ufer) vom Nutzen der Maßnahme abgezogen, und zwar so, dass der Nettonutzen ermittelt werden kann.¹¹⁷ Außerdem muss eine korrekte, methodisch einwandfreie Erfassung der Kosten erfolgen, ebenso muss eine korrekte, methodisch einwandfreie Erfassung der Effekte durchgeführt werden, als Grundvoraussetzung für die Kosten-Nutzen-Analyse.¹¹⁸ Die zusätzliche Kostenermittlung unterscheidet diese Untersuchungen von den reinen Effektivitätsstudien. Die Kosten-Nutzen-Analysen sind (nach Friedrich) viel umfassender als beispielsweise eine Kosten-Vergleichs-Analyse.¹¹⁷ Vogel hat diesbezüglich auch die Empfehlungen der Hannoveraner „Konsens-Gruppe“ angeführt, die die Ermittlung und Berücksichtigung aller für die gewählte Perspektive relevanten Kosten und Ergebnisgrößen ins Vorfeld rücken.¹¹⁹

Neben der Kosten-Nutzen-Analyse und der *Kosten-Vergleichs-Analyse* unterscheidet man noch zwei Arten bei den Evaluationsmaßnahmen: die *Kosten-Effektivitäts-Analyse* und die *Kosten-Nutzwert-Analyse*.¹²⁰ Die Schwierigkeit der Kosten-Nutzen-Analyse wird von den meisten Autoren darin gesehen, dass der finanzielle Faktor von den Erfolgsgrößen gemessen wird, die aber nicht vollständig in Geldeinheiten ausgedrückt werden können.¹²¹

Andererseits kann dadurch die Berücksichtigung der nicht-quantifizierbaren Effekte ermöglicht werden.¹²² Durch die Begrenzung auf eine monetäre Kennzahl wird der *Vorteil der Eindeutigkeit* angeboten.¹²³ Dies hat zu einer weiteren Verbreitung in der Gesundheitsökonomie geführt.¹²⁴ Zur mengenmäßigen Erfassung der Effekte sind zum

¹¹⁵ Vgl. Gloede 2010, S. 25, zit. in: Buri-Moser 2013, S. 112

¹¹⁶ Vgl. Schöffski, Über 1998, S. 74, zit. in: Friedrich 2007, S. 182

¹¹⁷ Vgl. ebd.

¹¹⁸ Vgl. Vogel 2004, S. 34

¹¹⁹ Vgl. ebd.

¹²⁰ Vgl. Buri-Moser 2013 S. 112 ff.

¹²¹ Vgl. ebd., S. 114

¹²² Vgl. ebd.

¹²³ Vgl. ebd.

¹²⁴ vgl. ebd.

einen „passende Statistiken“ notwendig, zum anderen „Kontrollgruppen“.¹²⁵ Die Kontrollgruppen werden dafür eingesetzt, um eine Gegenüberstellung der Entwicklung von teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Mitarbeitern realisieren zu können. Damit kann dann eine Schlussfolgerung bezüglich der Wirkung der entsprechenden Intervention erreicht werden.¹²⁶

Die Erfassung selbst erfolgt in diesem Ansatz wahlweise über eine Differenz (Kosten-Nutzen) oder über ein Verhältnis (Nutzen : Kosten).¹²⁷ Fritz hat die Kosten-Nutzen-Analyse auch als „Effizienzmessung“ bezeichnet,¹²⁸ Zur Aufgabe der Effizienzmessung gehört demnach, „die relevanten Alternativen zu beschreiben, den eingenommenen Blickpunkt (Nutzen für wen?) explizit zu machen und Unsicherheiten über die Unterschiede zwischen den Maßnahmen zu reduzieren“.¹²⁹ Zusätzlich hat er davon abgeleitet, dass zwischen der *erweiterten* und der *nicht erweiterten* Kosten-Nutzen-Analyse unterschieden werden muss.¹³⁰ Denn bei der traditionellen (nicht erweiterten) Kosten-Nutzen-Analyse werden aufgrund eines monetären Gesichtspunkts nur die tangiblen Kosten- und Nutzen-Seiten beurteilt.¹³¹ Bei der erweiterten Kosten-Nutzen-Analyse beschäftigt man sich hingegen mit sämtlichen Komponenten: zum Beispiel mit dem Vergleich unterschiedlicher Alternativen – falls es gelingt, Lebensjahre oder Korrelationskoeffizienten in monetäre Einheiten zu übertragen.¹³²

Bezüglich der Frage der komplexen fachlichen Problematik im BGM kann festgehalten werden, dass in der Operationalisierung der Kosten massive Entscheidungsspielräume entstehen.¹³³ Verschiedene Ansätze sowie die Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung unterschiedlicher Kostenkomponenten können praktisch gesehen „zu abweichenden Kostenberechnungen führen“.¹³⁴ Außerdem ist diesbezüglich zu erwähnen, dass es (laut Leidl) keine „richtigen“ oder „falschen“ Kostenermittlungen gibt.¹³⁵ Es muss demnach überprüft werden, ob die Kostenmessungen den Studienzielen gerecht werden, und welche Interpretationen die Ergebnisse aus konzeptionellen und methodi-

¹²⁵ vgl. ebd.

¹²⁶ vgl. ebd.

¹²⁷ vgl. Fritz 2006, S. 30

¹²⁸ vgl. ebd.

¹²⁹ vgl. ebd.

¹³⁰ vgl. ebd., S.29

¹³¹ vgl. ebd.

¹³² vgl. ebd.

¹³³ vgl. Vogel 2004, S. 35

¹³⁴ vgl. ebd.

¹³⁵ vgl. ebd.

schen Gründen zulassen.¹³⁶ Zu den Bausteinen der komplexen fachlichen Problematik sind auch folgende Aspekte einzubeziehen: Datenquellen, Erhebungsmethoden, Kostenkomponenten, Kostenkategorien, Opportunitätskostenansatz, Humankapitalansatz, Funktionskostenansatz, Diskontierung von Kosten. Gemäß der Auffassung von Vogel können diese Elemente die Kostenmessung erschweren; sie können sogar zu einer Nichtübereinstimmigkeit führen.¹³⁷

Im nächsten Überblick sind die Inhalte des monetären Effekts auf der Kosten- und Nutzenseite veranschaulicht, auch mögliche Grenzen dieser Mess-Methode aufgezeigt worden, mit der Fragestellung: Was kann anhand dieses Instruments im BGM/BEM-Rahmen untersucht werden? Die monetären Effekte können (in Anlehnung an Jastrow et al.) an folgenden Schnittpunkten auftreten:

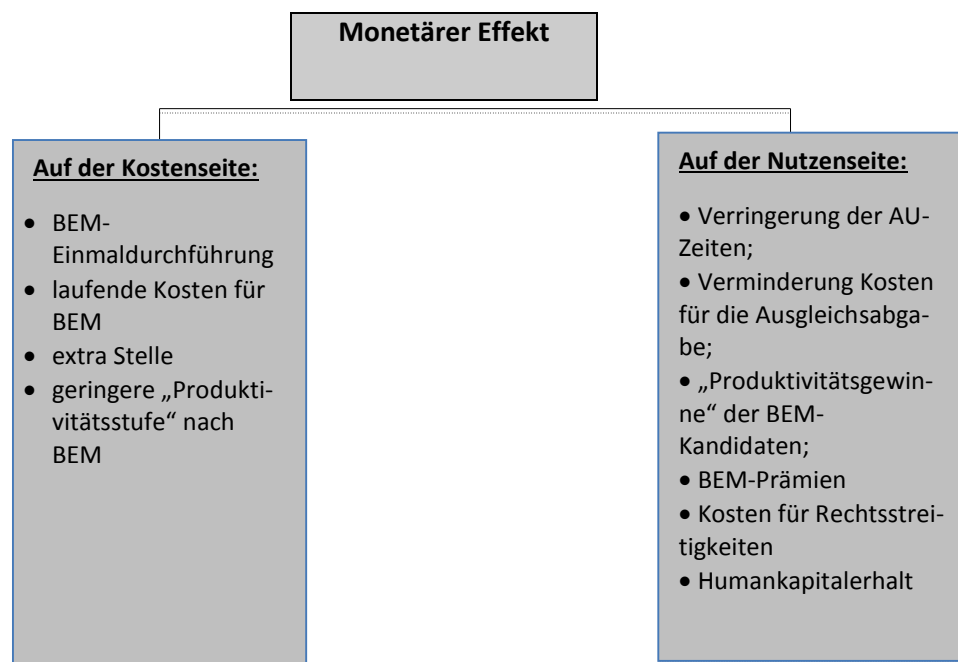


Abbildung 8: Monetäre Effekte auf der Kosten- und Nutzen-Seite. Darstellung in Anlehnung an: Jastrow et al., in: Esslinger et al., 2010, S. 144

Gleichzeitig soll die Annäherung an den Parameter „Nutzen“ in dieser Evaluationsmethode erfolgen, die vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung

¹³⁶ Leidl 1998, zit. in: Vogel 2004, S. 35

¹³⁷ vgl. Vogel 2004, S. 35

auch als Erfolgsfaktoren definiert werden und aus den folgenden Einheiten bestehen¹³⁸:

- *Partizipation*: Einbeziehung der gesamten Belegschaft;
- *Integration*: Berücksichtigung von BGM bei allen bedeutenden Entscheidungen in verschiedenen Unternehmensbereichen;
- *Systematisches Vorgehen/Projektmanagement*: Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch und analog zum Projektmanagement (Analyse, Planung, Durchführung, Evaluation) durchgeführt werden;
- *Ganzheitlichkeit*: Es sind sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Interventionen enthalten. Eine Verbindung von Risikoreduktion und dem Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen ist empfehlenswert.

Diese (nicht monetären) Nutzen können im Hinblick auf die in dieser Arbeit festgestellten Zusammenhänge auch als *Kennzahlen bzw. Indikatoren* definiert werden. Zusätzlich ist anzumerken, dass die in der Kosten-Nutzen-Analyse zu bewertenden Kriterien in drei große Gruppen eingeteilt werden: *direkt monetäre, indirekt monetäre und nicht monetäre (intangible) Kriterien*.¹³⁹ Vogel hat diese drei Kategorien (in Anlehnung an Greiner und Hessel et al.) so zusammengefasst:

Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Intangible (nicht monetäre) Kosten
<ul style="list-style-type: none"> • alle monetär bezifferbaren Kosten, die unmittelbar mit der gesundheitsbezogenen Investition stehen • direkte medizinische Kosten • direkte nicht-medizinische Kosten 	<ul style="list-style-type: none"> • alle monetär bezifferbaren Kosten, die mittelbar durch die Intervention bzw. Erkrankung verursacht werden • Kosten des krankheits- und des interventionsbedingten Arbeitsausfalls (Produktivitätsausfälle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten, die normalerweise nicht monetär bezifferbar sind (z.B. Schmerz, Gefühl der Einsamkeit)

Tabelle 3: Kostenkategorien, Quelle: Vogel 2004, S. 35, in Anlehnung an Greiner (2000) und Hessel et al. (1999), S. 35.

¹³⁸ vgl. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) (1997), S. 3; Fonds Gesundes Österreich (2006), zit. in: Buri-Moser 2013, S. 115 – 116,

¹³⁹ vgl. Vogel 2004, S. 35; vgl. Ueberle, Greiner 2007, S. 135, in: Hellmann (Hrsg.)

Bezüglich der dritten Kategorie haben Ueberle und Greiner empfohlen, die nicht monetären Kriterien nutzwertanalytisch zu untersuchen.¹⁴⁰ Sie haben auch hervorgehoben, dass es sinnvoll ist, möglichst viele Aspekte finanzanalytisch zu errechnen.¹⁴¹ Daran lässt sich der bereits herausgearbeitete Vorteil in der Kosten-Nutzen-Analyse erkennen: Eindeutigkeit durch die monetäre Begrenzung (S. 30). Außerdem haben sie ermittelt, dass alle Nutzen (auch auf S. 32: Nutzen nach dem europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung), die sich monetär beziffern lassen, auch in monetärer Dimension berücksichtigt werden können.¹⁴² Ein wichtiger Grund besteht (nach Ueberle und Greiner) darin, dass die Nutzwertanalyse naturgemäß die unschärfere, subjektivere Betrachtung anbietet.¹⁴³ Als Beispiele für die Berücksichtigung der Nutzenfaktoren in einer monetären Dimension haben sie im Hinblick auf den Krankenstand *die Kosten für die Lohnfortzahlung oder Vertretungskräfte* angeführt.

Falls die Kosten-Nutzen-Analyse im Sinne der kostenorientierten Merkmale betrachtet wird, zeigt sich die nächste Problematik in dem Evaluationsinstrument. Eine tiefgreifende Beschreibung dazu haben Ueberle und Greiner geliefert: *„Sollten wegen der höheren Genauigkeit allerdings nur monetäre Größen betrachtet werden, müssten viele wichtige Auswirkungen zugunsten der Rechenbarkeit unberücksichtigt bleiben. Die andere naheliegende Möglichkeit, alle Auswirkungen von Investitionsvorhaben rein nutzwertanalytisch durch Punktwerte gleichnamig zu machen, würde auch die ursprünglich monetären Größen umfassen. [...] damit wiederum unnötige Ungenauigkeiten [...]“*¹⁴⁴

Als Problemlösung, um diese Ungenauigkeiten zu vermeiden, kann die Vereinigung der Kosten- und Nutzenparameter eingesetzt werden¹⁴⁵: *„In einer Hauptrechnung werden alle monetär bewertbaren Kostenparameter diskontiert, alle übrigen Kosten- und Nutzenparameter nicht. Parallel dazu werden in einer Nebenrechnung alle relevanten Kosten- und Nutzenparameter diskontiert und mit dem Ergebnis der Hauptrechnung verglichen“*. An diesem Lösungsansatz lässt sich der vorher abgeleitete Faktor der Vereinigung der Evaluationsmodelle (siehe S. 28) erklären.

Bevor die nächste Evaluationsmethode analysiert wird, ist das bereits erläuterte Element des Zeitraums zu hinterfragen. Aufgrund der hier bearbeiteten Sachverhalte lässt

¹⁴⁰ vgl. Ueberle, Greiner 2007, S. 135, in: Hellmann (Hrsg.)

¹⁴¹ vgl. ebd.

¹⁴² vgl. ebd.

¹⁴³ vgl. ebd.

¹⁴⁴ Ueberle, Greiner 2007, S. 135, in: Hellmann (Hrsg.)

¹⁴⁵ Greiner 2002, S. 220

sich feststellen, dass der Zeitraum im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Analyse eine besondere Rolle spielt. Denn die zu bewertenden Interventionen können über einen längeren Zeitraum unterschiedliche Auswirkungen auf die Kosten- und Nutzenparameter haben.¹⁴⁶ Es können die angestrebten Ergebnisse, jeweils nach der eingesetzten Maßnahme, viel später auftreten (in der ersten Zeit kann es sogar zu negativen Ergebnissen kommen, siehe hierzu S. 20). Auf diese Art erhält die Festlegung des zu evaluierenden Zeitraums eine besondere Bedeutung.¹⁴⁷ Die tatsächliche Kosten-Nutzen-Analyse erfolgt aber (wie bereits abgeleitet) im Regelfall *nach* der gesundheitsfördernden Intervention.

2.3.2 Beobachtung und Dokumentation

Die nächste Evaluationsmethode, die „Beobachtung“, kann vor, während und nach der BGM-Intervention eingesetzt werden. Es ist im Hinblick auf die bisher erzielten Ergebnisse anzunehmen, dass eine systematische Beobachtung den Grundstein für ein erfolgsorientiertes BGM bildet, und dass demzufolge auch die herausgearbeiteten Kennzahlen – Fehlzeiten, AU-Tage, Fluktuationsrate, Einstellung zur Arbeit etc. – definiert werden können. Dazu kann wiederum die Anmerkung von Badura angeführt werden, der die Evaluation nicht nur als einen gesonderten Kernprozess im BGM betrachtet, sondern deren Einsatz auch in der Diagnose und Planung erkannt hat.¹⁴⁸ Die Dokumentation ist in diesem Kontext als ein relevantes und unerlässliches Hilfsmittel bezüglich der Beobachtung zu betrachten, sie ist heutzutage, auch bedingt durch den rasanten technischen Fortschritt, sehr stark geprägt.

Meyn et al. haben ihre Überlegungen auf die Grundproblematik dieser Methode konzentriert und dabei festgestellt, dass die Überschätzung dieser Möglichkeit genau so nahe liegen kann wie deren Unterschätzung.¹⁴⁹ Sie meinen, dass gewisse Vertreter der „*teilnehmenden Beobachtung*“ diesen Ansatz überschätzen¹⁵⁰, und dass es deshalb zum Beispiel möglich wäre, einen Arbeiter durch das Versetzen in eine gleiche Arbeitssituation besser zu verstehen, oder durch das ständige Wiederholen der Arbeitsvor-

¹⁴⁶ Dissertation „Gesundheitsökonomische Evaluation eines Telemedizinsystems für die präklinische Notfallrettung bei Verkehrsunfällen in Deutschland“, <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/auerbach-holger-2006-03-20/HTML/chapter3.html>, abgerufen am 01.06.2015.

¹⁴⁷ Ueberle, Greiner 2007, S. 122, in: Hellmann (Hrsg.)

¹⁴⁸ vgl. Badura 2001, S. 147

¹⁴⁹ vgl. Meyn et al. 2011, S. 62

¹⁵⁰ vgl. ebd.

gänge.¹⁵¹ Den hauptsächlichen Irrtum haben sie darin gesehen, dass die teilnehmenden Beobachter „nichts von dem Horizont der Vergangenheit mitbekommen können.“ Damit haben sie verdeutlicht, dass die Zeitlichkeit der Situation, bezogen auf die Vorher- und die Nachher-Situation, nicht nur das Verhalten der Beschäftigten konstruieren, sondern auch die Gegenstände selbst bis in die Anschauung hinein signalisieren kann.

Betrachtet man den Beobachtungsprozess in Bezug auf die Diagnose (Stichwort: „Ist-Lage“), ist dazu festzustellen, dass die Diagnose wichtige Funktionen erfüllt: Dadurch wird es zum Beispiel möglich, systematisch und valid die physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten zu erfassen – und ihrer Bedingungen.¹⁵² Es liegt auf der Hand, dass dieser Schritt einen wichtigen Ansatzpunkt in der Ableitung der prioritären Handlungsbedarfe darstellt: *„Sie schafft die Grundlage zur Festlegung messbarer Zielparameter für die nachfolgenden Interventionen, und sie liefert die ‘Baseline’ für die spätere Evaluation“.*¹⁵³ Walter hat verdeutlicht, dass sich die Organisationsdiagnose keinesfalls auf die Einschätzungen einzelner Experten, Führungskräfte oder Mitarbeiter stützen kann, außerdem hat er betont, dass eine *Beobachtung* (z. B. *Arbeitsplatzanalyse*) zur Unternehmensdiagnose neben den anderen Datenquellen in Frage gestellt werden kann.¹⁵⁴ Nach der Meinung von Zaugg zählt „eine medizinisch/ergonomisch verträgliche Gestaltung der Arbeitsplätze“ zum Bestandteil eines nachhaltigen HRM.¹⁵⁵

Im Grunde kann „Beobachtung“ auch als Hilfsmittel für die Kosten-Nutzen-Analyse begriffen werden. Walter hat dies noch etwas mehr erfasst und (die am Anfang des letzten Abschnitts abgeleitete Aussage) bestätigt, dass die Beobachtung und die Bewertung des Gesundheitszustandes der Personals im Wesentlichen über die krankheitsbedingten Fehlzeiten stattfinden.¹⁵⁶ Dabei sind ihm einige Schwächen dieser Evaluationsfaktoren aufgefallen, und zwar, dass diese Fehlzeiten Spätindikatoren sein können, „die eine nachträgliche ‘Reparatur’ der gesundheitsrelevanten Probleme erfordern, anstelle ihrer vorausschauenden Verhütung“.¹⁵⁷ An dieser Aussage ist auch der am Anfang der Untersuchung herausgearbeitete Aspekt der Saluto- bzw. Pathogenese deutlich zu erkennen.

¹⁵¹ vgl. ebd.

¹⁵² vgl. Walter 2010, S. 156

¹⁵³ ebd.

¹⁵⁴ vgl. ebd.

¹⁵⁵ Zaugg, S. 266

¹⁵⁶ vgl. Walter 2010, S. 156

¹⁵⁷ vgl. ebd.

Im Zusammenhang mit einer alternden Belegschaft wird *die demografische Entwicklung* in einem Unternehmen beobachtet; aufgrund der dadurch gewonnenen Daten können die Fortbildungsmaßnahmen geplant sowie die Förderung der Arbeitnehmer organisiert werden, bezogen auf eine altersgerechte Arbeit der alternden Mitarbeiter. Die Aufgaben, die sich hinter einer solchen Beobachtung verbergen, bestehen in der Erhöhung des Image-Faktors, Motivation der Arbeitnehmer, hoher Leistungsbereitschaft, bessere Möglichkeiten für die älteren Mitarbeiter, bis zur Rente in ihrem Beruf tätig sein zu können.¹⁵⁸

Außerdem stellt sich die Dokumentation als ein unabdingbarer Bestandteil in den Evaluationsmaßnahmen dar, besonders bezogen auf die „Beobachtung“. Dieses Umfeld ist sehr stark durch den technischen Fortschritt gekennzeichnet; es existieren diesbezüglich einige Software-Hilfsprogramme.¹⁵⁹ Einige Vorteile des Einsatzes der softwaregestützten Dokumentationen sind:

- Vorhandensein der aktuellen Information zur Umsetzung von BGM
- Transparenz über alle BGM-Aktivitäten im Unternehmen
- Qualitätssicherung von BGM und den Aktivitäten im BGM
- Synergien und Kostenreduktion durch die optimale Vernetzung der betrieblichen Aktivitäten
- Dokumentation der Arbeit „auf Knopfdruck“
- Erhöhung der Unabhängigkeit von externer Beratung
- Digitale Steuerung der Umsetzung der BGM-Prozesse.¹⁶⁰

Dazu kann noch angemerkt werden, dass sich die Beobachtung an sich durch einen menschlichen Faktor (bzw. die Neigung zu fehlerhaften Beurteilungen) unterscheidet. Meyn et al. haben sich in diesem Sinne über die „*objektivierende* Beschreibung des Arbeitsablaufs“ der durchgeführten Beobachtungsarbeiten geäußert.¹⁶¹ Solch eine Beschreibung soll nach deren Meinung die beiden Hauptfragen beantworten: 1. Wie wird durch den Arbeitsakt die gegenständliche und soziale Umwelt mitkonstruiert? 2. Inwieweit konstituieren soziale und gegenständliche Umwelt den Arbeitsakt?¹⁶² Zusätzlich kann, aus der Sicht von Meyn et al., damit auch die Frage beantwortet werden: Was ist

¹⁵⁸ Präsentation Wurst-Stahlbau GmbH 2008, S. 8

¹⁵⁹ BGM-Navigator von ifgp, <http://www.ifgp.de/content/bgm-navigator>, abgerufen am 03.06.2015

¹⁶⁰ <http://www.ifgp.de/content/bgm-navigator>, abgerufen am 03.06.2015

¹⁶¹ vgl. Meyn et al. 2011, S. 61

¹⁶² vgl. ebd., S. 63

in der gegenständlichen und sozialen Umwelt außerdem noch für den Arbeiter anwesend, ohne dass dies in seinen Arbeitsakt einbezogen ist? Denn für das Verhalten der Arbeitnehmer außerhalb der Arbeit könnte dies durchaus eine große Rolle spielen.¹⁶³ Der Einsatz eines software-gestützten Programms könnte für die Evaluierung bzw. die automatisierte Beschreibung der Beobachtungsvorgänge demnach von Vorteil sein.

2.3.3 Befragungen

Diese Evaluationsmethode kann genauso gut sowohl in der Unternehmensdiagnose als auch in der Kosten-Nutzen-Analyse eingesetzt werden. In der Befragung kann zum Beispiel der Gesundheitszustand erfasst werden, und zwar am Beginn eines gesundheitsfördernden Projekts.¹⁶⁴ Bei den Ausgangsuntersuchungen werden vielfach subjektive Einflussfaktoren festgestellt,¹⁶⁵ deshalb bietet es sich an, als Erstes einige Expertenbefragungen durchzuführen, um eine genauere Vorstellung von den möglichen Problembereichen zu erhalten.¹⁶⁶ Nieder hat diesbezüglich drei Arten genannt: Expertenbefragung, schriftliche Befragung, Mitarbeiterbefragung;¹⁶⁷ diese sind von ihm in weitere Gruppen eingeteilt worden:

Befragungen			
<i>mündlich</i>		<i>schriftlich</i>	
Einzelpersonen	Gruppen	Fragebogen ausfüllen	
Interview	Diskussion	alleine	im Beisein des Interviewers
strukturiert	offen	strukturiert	Offen
<i>mehr qualitativ ausgerichtete Methoden</i>		<i>mehr quantitativ ausgerichtete Methoden</i>	

Abbildung 9: Formen der Befragung; Darstellung in Anlehnung an Nieder 2013, S. 205

Eine weitere Schlussfolgerung, die Nieder aufgrund dieser Klassifizierung ermittelt hat, bezieht sich auf die Einordnung der qualitativ und quantitativ ausgerichteten Methoden. In dieser Aufteilung sind keine genauen Abgrenzungen enthalten, das heißt: in beiden

¹⁶³ vgl. ebd.

¹⁶⁴ vgl. Nieder 2013, S. 205 ff., in Domsch et al.

¹⁶⁵ vgl. ebd.

¹⁶⁶ ebd.

¹⁶⁷ vgl. ebd.

Befragungsarten können sowohl qualitative als auch quantitative Elemente vorhanden sein. Badura et al. haben darauf hingedeutet, dass die Mitarbeiterbefragung eine besondere Rolle spielt in Bezug auf das Diagnoseinstrument.¹⁶⁸ Dies erklären sie so, dass die Einbeziehung des Wissens, bezogen auf die Einschätzung der Mitarbeiter, einen tiefen Einblick in die Organisation ermöglicht.¹⁶⁹ Diese Erkenntnisse können möglicherweise dafür verwendet werden, Probleme in dem gesamten Unternehmen – oder in einzelnen Unternehmensteilen – frühzeitig zu erkennen und folglich zu verhindern.¹⁷⁰

Die Meinung der Mitarbeiter ist für das gesamte Konstrukt des BGM nämlich von besonderer Bedeutung, da die ganz genau wissen, warum Arbeit krank machen kann.¹⁷¹ Doch meistens behalten sie diese Erfahrung für sich,¹⁷² da sie sonst nachteilige Folgen befürchten. Daher bietet sich eine weitere Art der Kommunikation mit den Mitarbeitern an: ein Gesprächskreis als „Gesundheitszirkel“. Diese Methode kann aus einer bestimmten Perspektive auch als Mitarbeiterbefragung betrachtet werden. Dennoch ist dies ein gesondertes Konstrukt; es ist mehr auf die Kooperation mit den Mitarbeitern ausgerichtet. Ein Gesundheitszirkel ist, gemäß Jürgens-Scholz, ein arbeitsplatznaher Gesprächskreis, in dem das Erfahrungs- und Veränderungswissen der Betroffenen erfragt wird und quasi selbst gefragt ist.¹⁷³ Der Grundgedanke des Gesundheitszirkels besteht darin:¹⁷⁴

- kooperative Mitgestaltung der Beschäftigten
- die Beschäftigten sind die wahren „Experten ihrer Arbeit“
- die Beschäftigten sind Experten der Probleme ihrer Arbeit
- die Beschäftigten verfügen über ein wesentliches Erfahrungs- und Veränderungswissen
- die Beschäftigten können gemeinsam ihre Arbeitssituation verbessern.

¹⁶⁸ Badura et al. 2010, S. 157

¹⁶⁹ vgl. ebd.

¹⁷⁰ vgl. ebd.

¹⁷¹ vgl. Steuer 1994, S. 81

¹⁷² vgl. ebd.

¹⁷³ vgl. Jürgens-Scholz 1993, S. 137

¹⁷⁴ vgl. ebd.

Wenn es um die Hauptziele einer solchen Kommunikation mit den Mitarbeitern geht, dann ist dazu festzustellen, dass der Gesundheitszirkel *der Analyse von Ressourcen und Belastungen* sowie *dem Erarbeiten von Lösungsvorschlägen* dient.¹⁷⁵ Lehmann et al. haben dies so zusammengefasst: „*Ziel des Gesundheitszirkels ist es, Betroffene zu Beteiligten zu machen*“.¹⁷⁶ Als weitere Ziele der Gesundheitszirkel gelten für sie: *Sensibilisierung für Belastungen und Ressourcen, Wissensnutzung der betroffenen Mitarbeitenden, Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs für die gesamten Belastungen*.¹⁷⁷ Geht es dabei um die Evaluation dieser Methode, haben die Autoren folgende Optionen aufgelistet, um die Wirksamkeit der Methode einschätzen zu können:¹⁷⁸

- *Mitarbeitendenbefragung*
- *Absenz und Fluktuationsrate und/oder*
- *Anzahl der umgesetzten Maßnahmen*.

Aus dem Charakter der „Gesundheitszirkel-Methode“ (systematische Sitzungen, die nach festgelegten Vorgaben bzw. Zielen alle sechs Monate stattfinden), kann gleichzeitig erkannt werden, dass die Evaluationsaufgabe zum Teil auch von den Mitarbeitenden übernommen wird und überwiegend während der späteren Sitzungen erfolgt. Selbst die Teilnahmequote an den Gesundheitszirkeln kann ein wichtiges Signal erkennbar machen, ob und wie das Thema der Gesundheitsförderung von den Mitarbeitern akzeptiert – bzw. nicht akzeptiert wird.¹⁷⁹ Für das Unternehmen ist es von besonderer Bedeutung, dass die Geschäftsleitung die von den Mitarbeitenden entwickelten Maßnahmen berücksichtigt und umsetzt. Ansonsten kann es zu einer verstärkten Demotivation seitens der Mitarbeiter kommen.¹⁸⁰

Bezüglich des Erfolgsfaktors dieses Instruments haben Meyn et al. angemerkt, dass die Erwartungen an den Erfolg dieser Maßnahme durch einen einmaligen Einsatz natürlich nicht erfüllt werden können.¹⁸¹ Deshalb sind die *Integration* und die *Systematisierung* wichtige Bestandteile dieses Instruments, denn ohne diese Komponenten können keine erfolgreichen Resultate erzielt werden.¹⁸²

¹⁷⁵ vgl. Lehmann et al. 2008, S. 115 in: Bauer, Schmid (Hrsg.)

¹⁷⁶ Lehmann et al. 2008, S. 115 in: Bauer, Schmid (Hrsg.)

¹⁷⁷ vgl. ebd.

¹⁷⁸ vgl. ebd.

¹⁷⁹ vgl. ebd., S. 122

¹⁸⁰ vgl. ebd.

¹⁸¹ Meyn et al. S. 300

¹⁸² vgl. ebd.

Nieder hat in seinen Ausführungen zu der Mitarbeiterbefragung auf mögliche *Schwierigkeiten* in diesem Prozess hingewiesen:

- Es werden offene Fragen gestellt, die von vielen Mitarbeitern wenig beantwortet werden
- Bei der geschlossenen Fragestellung werden die Antworten meist gleich mitgeliefert
- Bei der Beantwortung nach dem Arbeitsende wird der Fragebogen möglicherweise von einer anderen Person ausgefüllt.¹⁸³

Bezüglich der Evaluation der Befragungen soll auch kurz die Stichprobe thematisiert werden, die die Einschätzungen für die Informationen liefern, aber die auch Schätzfehler in sich ergeben können (eine Risikomarge, die mathematisch aus gewissen Annahmen heraus abgeleitet werden kann).¹⁸⁴ Aus diesem Grund muss darauf geachtet werden, dass die Stichprobenbefragungen am besten nur als „Puls-Befragungen“ durchgeführt werden, die zwischendurch den „Stand der Dinge“ messen sollen.¹⁸⁵ In anderen Fällen sind zur Erzielung glaubwürdiger Ergebnisse fast immer Vollbefragungen sinnvoll.¹⁸⁶

Nieder hat folgende Voraussetzungen festgelegt, die für die Befragung im Rahmen des erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erfüllen sind:¹⁸⁷

- Berücksichtigung bei den Befragungen, bezogen auf die Ängste der Mitarbeiter, ehrlich und offen ihre Meinung zu sagen (z. B., falls in den Unternehmen Umstrukturierungsmaßnahmen geplant sind)
- Gewährleistung der Freiwilligkeit und Anonymität für die Teilnehmenden an den Befragungen
- Einbeziehung eines externen Moderators, um die genannten Voraussetzungen zu erfüllen

¹⁸³ Nieder 2013, S. 208, in Domsch et al.

¹⁸⁴ Borg 2015, S. 49

¹⁸⁵ vgl. ebd.

¹⁸⁶ vgl. ebd.

¹⁸⁷ vgl. ebd., S. 206

-
- Auswertung und Entscheidung, wie mit den Ergebnissen umgegangen werden soll – dies ist genauso wichtig wie die sorgfältige Vorbereitung und Organisation.

Im nächsten Schritt der Untersuchung sollen die vorgestellten Evaluationsmaßnahmen eingeordnet und auf den Gegenstand der Vor- bzw. Nachteile verglichen werden.

3 Vergleichende Analyse der Evaluationsmaßnahmen

In diesem Abschnitt der Arbeit erfolgt die thematische Einordnung der vorgestellten Evaluationsmaßnahmen, besonders bezogen auf deren Möglichkeiten und Grenzen. Um dies umsetzen zu können, ist eine Übersicht entwickelt worden, in der die grundlegenden Aspekte berücksichtigt und demzufolge die erzielten Resultate erzielt werden:

	Kosten-Nutzen-Analyse	Beobachtung	Befragungen
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Eindeutigkeit der Zahlenbewertungen (auch bei einigen monetären Nutzen); • Bei den positiven Ergebnissen – starke Überzeugung der Führungskraft in der Notwendigkeit der Maßnahme; • Vereinigung mit anderen Effektivitätsprüfungen, wodurch 	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit, den Arbeitsplatz medizinisch/ergonomisch zu gestalten; • Durch die Beobachtung des Arbeitsplatzes – Zugang zu wichtigen Gegenständen des MA außerhalb der Arbeit (z.B., Familie, Hobbys etc.); • Software-gestützte Programme in einigen Fällen zum Vermeiden der menschlichen Subjektivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit den Mitarbeitenden als mit Experten der Arbeitssituation (Chance, die Ausgangssituation bzw. Umsetzung der Maßnahmen am wahrsten zu definieren); • Möglichkeit in den quantitativen Befragungen, eindeutige Werte zu erzielen; • Bei der Erstellung der Fragebögen bzw. der Durchführung der Interviews - Möglichkeit, sich individuell an die Situation anzupassen, die individuellen Analyseaspekte herauszuarbeiten.
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • „Einseitigkeit“ der Zahlenmethode; • Konzentration auf Fehlzeiten – keine Zukunftsorientierung, späte Reaktion (Parallele zur Pathogenese). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der teilnehmenden Beobachtung keine Möglichkeit, den zeitlichen Vordergrund mitzukriegen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahr der Verschweigung bzw. der Lieferung von falschen Informationen infolge der Ängste der MA; • Risiko bei den Stichprobenbefragungen

Untersuchungs- problematik	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Möglichkeit, alle Nutzen in Geldeinheiten auszudrücken; • Berücksichtigung/Nichtberücksichtigung verschiedener Elemente kann zu einer entsprechenden Nichtübereinstimmung in den Ergebnissen führen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschlicher Faktor, Subjektivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschlicher Faktor, Subjektivität (insbesondere in mündlichen Befragungen). • Inhaltsform der Fragebögen (geschlossene Fragen – Mitlieferung der Antworten; offene Fragen werden von wenigen Mitarbeitenden beantwortet).
---------------------------------------	---	--	---

Tabelle 4: Vergleichender Überblick über die vorgestellten Evaluationsmaßnahmen; eigene Darstellung.

In diesem Überblick sind die im Verlauf der Analyse erzielten Ergebnisse erfasst worden. Grundsätzlich kann dazu festgestellt werden, dass der Faktor des Individualismus eine zentrale Rolle im gesamten BGM-Ansatz spielt, dementsprechend in den Evaluationsmaßnahmen samt und sonders. Außerdem kann dazu angemerkt werden, dass die vorgestellten Instrumente einander ergänzen, und dass sie somit auch vereinigt werden können. Es ist offenbar, dass zum Beispiel die Beobachtung und die Befragung als Hilfsmittel in der Kosten-Nutzen-Analyse eingesetzt werden können. Demzufolge können Beobachtungen und Befragungen auch als eine Art Evaluationsinstrument betrachtet werden und demnach ihre Lücken gegenseitig decken.

Außerdem kann der Ansatz aufgenommen werden, dass in den Nachteilen auch durchaus mögliche Erfolgspotenziale enthalten sind. Das Anliegen des betrieblichen Gesundheitsmanagements besteht auf solche Art, an der Entdeckung der Potenziale, bezogen auf diese Nachteile, zu arbeiten, sodass sie auch in die Erfolgsfaktoren zu transformieren sind. Badura et al. haben in diesem Sinne die erwähnten krankheits- bzw. gesundheitsorientierten Ansätze hervorgehoben (Salutogenese vs. Pathogenese).¹⁸⁸ Sie vertreten die Meinung, dass im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements vor allem ein verfahrensorientierter Ansatz entwickelt werden sollte, der Kernprozesse im betrieblichen Gesundheitsmanagement beschreibt: „Der von uns über Jahre hinweg erarbeitete Vorschlag ist ein gänzlich anderer, nämlich ein *verfahrensorientierter*. Unsere Suche richtete sich nicht auf einzelne vordringliche Probleme oder wirksame Einzelmaßnahmen, sondern auf *verallgemeinerungs-* und *konsensfähiges* Verfahren“.¹⁸⁹ Demnach kann festgestellt werden, dass die von Badura abgeleiteten

¹⁸⁸ vgl. Badura et al. 2000, S. 146

¹⁸⁹ ebd.

verallgemeinerungs- und konsensfähigen Kernprozesse (*Diagnose, Maßnahmenplanung, Intervention und Evaluation*¹⁹⁰) über eine allgemeine Struktur verfügen, jedoch mit individuellen Inhalten (je nach den Zielsetzungen) angefüllt sind.

Im abschließenden Teil der Arbeit soll ein Fazit der gesamten Analyse gezogen, die Forschungsfrage beantwortet, und die wichtigsten Ergebnisse sollen vorgestellt werden.

¹⁹⁰ Badura et al. 2000, S. 146

4 Zusammenfassung

In dieser Untersuchung ist das thematische Umfeld „Betriebliches Gesundheitsmanagement im Rahmen der Evaluationsmethoden“ ausführlich behandelt worden. In der Analyse ist in erster Linie der Aspekt des betrieblichen Gesundheitsmanagements erfasst worden, damit die weitgehenden Grenzen des Themas veranschaulicht sowie der Aspekt des engen Zusammenhangs aller Elemente in diesem Bereich hervorgehoben werden können. Ohne diesen theoretischen Einstieg wäre es sinnlos gewesen, das Konzept der Evaluationsmaßnahmen im BGM herauszuarbeiten. Auffallend und von besonderem Interesse hat sich schon in diesen theoretischen Einstiegsschritten der Sachverhalt des Paradigmenwechsels ergeben, und zwar von der Pathogenese zur Salutogenese. Das Prinzip ist auch in den folgenden Abschnitten in Bezug auf die Evaluationsmaßnahmen ersichtlich geworden (z. B. Fehlzeiten; S. 23, 36). An diesem Messwert konnte aufgezeigt werden, dass die Evaluation dabei eine krankheitsorientierte Richtung angenommen hat und zu einem Indikator der verspäteten Reaktion seitens des Arbeitgebers geworden ist. Diese Überlegungen führen zu der Schlussfolgerung, dass eine gute Evaluationsmaßnahme mehr mit den salutogenen Daten operieren sollte. Dadurch erhält der ganze BGM-Ansatz im Unternehmen einen präventiven Charakter, demzufolge kann man sich mehr an den gesundheitsfördernden Maßnahmen orientieren. Diese Ableitung soll aber keinesfalls dazu führen, die Bedeutung der „krankheitsbezogenen“ Werte zu unterschätzen. Denn diese sind auch ein wichtiger Bestandteil der Evaluationsmethoden im BGM. Negative Ergebnisse bezüglich dieser Parameter können nämlich auch vom Erfolg der gesundheitsfördernden Maßnahmen zeugen.

Damit kann der zweite wichtige Punkt für eine gute Evaluationsmaßnahme im BGM-Rahmen verdeutlicht werden; dies bezieht sich auf die Überschneidungsfähigkeit der Evaluationsmaßnahmen (die Methoden können, jeweils nach dem gestellten Ziel, einander ergänzen und somit zur Festlegung eines genaueren Ergebnisses beitragen).

Eine gute Evaluation soll individuell gestaltet werden, damit möglichst viele Aspekte (z. B. die Ist-Situation des Interventionsverlaufs) berücksichtigt und diese in das Gerüst (Stichwort „verfahrensorientierte Kernprozesse nach Badura“) einbezogen werden können.

Als nächster Punkt in der Struktur einer guten Evaluationsmaßnahme ist der Zusammenhang zum Qualitätsmanagement bzw. zur Qualitätssicherung zu nennen. Es ist äußerst wichtig, an diesen Zusammenhang bei *allen* Prozessen des BGM zu denken. Dabei kann die Evaluation an sich durch deren *systematischen* Charakter am stärksten dazu beitragen. Daraus folgt, dass eine gute Evaluation auch eine systematisierte Evaluation sein muss. Außerdem ist die Wichtigkeit der Ebene „*Zeitraum*“ abgeleitet wor-

den. Denn es konnte nachgewiesen werden, dass einige Effekte in einem längeren Zeitraum auftreten. In einigen Fällen haben die Wissenschaftler sogar „erst mal negative Effekte“ eingebracht, die erst später in positive umgewandelt werden können. Daher ist dazu zu erwähnen, dass eine gute Evaluation auch immer definierte Zeiträume hat und diesen eigendynamisch folgt.

Es ist auch eine große Rolle den Mitarbeitern zugeordnet worden, sowohl im gesamten BGM-Ansatz als auch in der Evaluation. Denn die Mitarbeiter gelten als beste Experten ihrer Arbeit; sie verfügen demnach über Informationen zur besseren gesundheitsfördernden Organisation des Arbeitsalltags (Stichwort „Gesundheitszirkel“).

Bei der Behandlung der Frage der Grenzen und der Möglichkeiten sind unterschiedliche Inhalte thematisiert worden, die aufgrund des Einsatzes der drei behandelten Evaluationsmaßnahmen bestimmt werden konnten. Bezüglich der Nachteile bzw. Lücken in diesen Methoden kann dazu generell festgestellt werden, dass man bezüglich der Methoden besonders vorsichtig mit der Überprüfungsart umgehen sollte. Bei den Beobachtungen und Befragungen ist zum Beispiel die menschliche Subjektivität einzubeziehen; bei der Kosten-Nutzen-Analyse ist es die Fokussierung oder Nicht-Fokussierung auf die eigenen Daten der Analyse. Denn diese können große Differenzen in den Ergebnissen auslösen.

Durch das Zusammen- bzw. Gegenüberstellen der grundlegenden Aspekte in Bezug auf die behandelten Evaluationsinstrumente ist eine weitere Zielsetzung der Arbeit erreicht worden, und zwar bezüglich des Vergleichs der herausgearbeiteten Inhalte. Evaluation scheint im gesamten thematischen Umfeld als ein wichtiger Bestandteil zu gelten, auf allen drei Ebenen – nämlich: vor, während und nach der gesundheitsfördernden Intervention.

Aufgrund der durchgeführten Analyse kann behauptet werden, dass das BGM-Konzept, insbesondere deren Interventionen, ohne eine systematisierte und entsprechend ausgerichtete Evaluation keinen Sinn hätten und keinen Beweis für deren Notwendigkeit erbringen könnten. Deshalb sollte die Evaluation möglichst schon in den Anfangsetappen der BGM-Gestaltung im gesamten Prozess „mitspielen“. Durch diese Art des Mitspielens kann das BGM einen sinnvollen Rahmen schaffen und damit als Beweis für die Notwendigkeit – oder Nichtnotwendigkeit – der durchgeführten Interventionen gelten.

Literaturverzeichnis

Amend, A.(2015): Ein Leben in Balance. Ganzheitliche Einführung in die Gesundheit von Körper, Seele und Geist, Springer, Wiesbaden.

Baase, C.: Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe, in: Badura, B.; Schnellschmidt, H.; Vetter, Christian: Fehlzeiten-Report 2006, Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung, Springer, Heidelberg, S. 45 – 63.

Badura, Schröder, Klose, Macco (2010): Fehlzeiten-Report 2010. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen, Springer, Berlin.

Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Vetter, Christian (2009): Fehlzeiten-Report 2008. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Springer, Berlin.

Badura, B., Walter, U., & Münch, E. (2003). Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement (2. Auflage Ausg.). (D. Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg.) edition sigma, Berlin.

Badura B.; Litsch, M.; Vetter, C. (2001): Fehlzeiten-Report (2000). Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement, Springer, Berlin.

Badura, B.; Ritter, W. (1998): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, In: Bamberg, Ducki, Metz, Göttingen, S. 223-225.

Bamberg Eva, Präsentation, Universität Hamburg (2014): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Herausforderung Messbarkeit.

Borg, Ingwer (2015): Mitarbeiterbefragungen in der Praxis, Hogrefe Verlag, Göttingen.

Bundesverband der Betriebskrankenkassen. (2004). Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen: Argumente und Tipps für ein modernes betriebliches Gesundheitsmanagement. (B. d. Betriebskrankenkassen, Hrsg.) Essen, Deutschland.

Buri-Moser, Regine (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Stand und Entwicklungsmöglichkeiten in Schweizer Unternehmen, Rainer Hampp Verlag, München.

Ducki, Antje (2011): Instrumente und Methoden, in: Bamberg E, Ducki A, Metz A-M (Hrsg.), Gesundheitsförderungen und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen, S. 150 – 185.

Eichholz, P. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU. Eine Analyse der Widerstände und Hemmnisse in der Umsetzung, Hamburg.

Esslinger, A.S.; Emmert, M.; Schöffski, O. (Hrsg.) (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, Gabler, Wiesbaden.

Feilbringer, Andrea (2009): Kohärenzorientierte Lernkultur. Ein Modell für die Erwachsenenbildung, VS Research, Graz.

Fritz, Sigrun (2006): Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen (Geld)-Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit, Hochschulverlag AG an der ETH, Zürich.

Friedrich, M.; Graf, J.M. v.d. Schulenburg (Hrsg.) (2007): Das Gesundheitssystem zwischen Wettbewerb und Staatsdirigismus, Cuvillier Verlag, Göttingen.

Gloede (2011): Betriebswissenschaftliche Evaluationsmethoden, in: Bamberg E, Ducki A, Metz A-M (Hrsg.), Gesundheitsförderungen und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen, S. 235 – 255.

Greiner (2002): Greiner W, Schöffski O: Grundprinzipien einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung, S. 205 – 229, in: Gesundheitsökonomische Evaluationen. Studienausgabe; Schöffski O, Schulenburg JMvd (Hrsg.); Springer Verlag; Berlin: 205-229.

Gülpen, Barbara (1996): Evaluation betrieblicher Verhaltenstrainings unter besonderer Berücksichtigung des Nutzens, Rainer Hampp Verlag, München.

Hardes, Heinz-Dieter; Holzträger, Doris (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis. Strategien zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten, Rainer Hampp, München.

Horvath, P.; Gamm, N.; Möller, K.; Kastner, M.; Schmidt, B.; Iserloch, B.; Otte, R.; Braun, M.; Matter, M.; Penning, St.; Vogt, J.; Körper, B. (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.

Hubert (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement, in: Esslinger, A.S.; Emmert, M.; Schöffski, O. (Hrsg.) (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, Gabler, Wiesbaden, S. 67 – 85.

Jancik, Jürgen (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken, Gabler, Wiesbaden.

Klaffke, Martin (2014): Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze, Springer, Wiesbaden.

Kraußlach, Heike (2013): Wissenschaftliche Schriften. Erarbeitung eines Konzeptes zur Einführung bzw. Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in die unternehmerische Praxis auf der Grundlage von Erfolgsfaktoren des «Thüringer Netzwerkes Betriebliches Gesundheitsmanagement», Jena.

Lehmann, K.; Kündig, S.; Matthies, F.: Gesundheitszirkel, S. 115 – 125, in: KMU – vital. Ein Webbasiertes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Bauer, G.; Schmid, M. (Hrsg.), Hochschulverlag AG an der ETH, Zürich.

Loffing, Dina; Loffing, Chr. (2010): Mitarbeiterbindung ist lernbar. Praxisweisen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen, Springer, Berlin.

Loss Julika; Seibod, Claudia; Christine, Eichhorn, Nagel, Eckhard (2010): Evaluation in der Gesundheitsförderung, IMG, Bayern.

Matyssek, Anne Karin (2011): Gesund führen – Das Arbeitsheft zur Veranstaltung: Materialsammlung für teilnehmende Führungskräfte, Books on Demand, Norderstedt.

Meyn, C.; Peter, G.; Dechmann, U.; Georg, A.; Katnkamp, O. (2012): Arbeitssituationsanalyse. Bd. 2: Praxisbeispiele und Methoden, VS Verlag, Wiesbaden.

Nieder, Peter (2013): Mitarbeiterbefragung und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), in: Handbuch – Mitarbeiterbefragung, 3. Auflage, Springer, Berlin, S. 203 – 221.

Reinecke, Sven 2013: Healthcare Marketing, in: Marketing Review St. Gallen – Jahrgang 2011: Marketingzeitschrift für Theorie und Praxis, Belz, Bieger, Herrmann (Hrsg.), Springer, Wiesbaden.

Rimbach, A. (2013): Entwicklung und Realisierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Herausforderung für die Organisationsentwicklung, Rainer Hampp Verlag, München.

Rudow, Bernd (2014): Die gesunde Arbeit, Oldenbourger Wissenschaftsverlag GmbH, München.

Schobert, D. (2012): Personalmanagementkonzepte zur Erhaltung und Steigerung des individuellen Leistungspotentials der Belegschaft: Work-Life Balance, Diversity Management und Betriebliches Gesundheitsmanagement als Teil einer werteorientierten Unternehmenskultur (Bd. 34). Berlag D.r Kovac, Hamburg.

Singer, S.; Neumann, A. (2010): Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration, in: Esslinger, A.S.; Emmert, M.; Schöffski, O. (Hrsg.) (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, Gabler, Wiesbaden, S. 49 – 67.

Stockmann, Reinhard (2000): Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder, Leske+Budrich, Opladen.

Teglas, Michael (2015): Management im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Eine empirische Untersuchung im deutschen Bankwesen, tredition, Hamburg.

Uhle, Thorsten; Treier, Michael (2013/2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Mitarbeiter binden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, 3. Auflage, 2. Auflage Springer, Berlin.

Ueberle, M.; Greiner, W. (2007): Abschätzung von wirtschaftlichen Kosten und Nutzen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Krankenhaus, in: Hellmann (Hrsg.): Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor. Ein neuer Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus, Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg, S. 117 – 141.

Ulrich, E.; Wülser, M. (2015): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven, 6. Auflage, Springer, Wiesbaden.

Vogel, Heiner (2004): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie, Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung, Schattauer, Stuttgart.

Walter, U. (2003): Durchführung der Kernprozesse, in: Badura, Bernhard; Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Springer, Berlin, S. 86 – 99.

Wellmann, Holger; Lempert-Hortskotte, Jürgen (2009): Die präventiven Potentiale der Unfallversicherung. Zwischen Good-Practice und verpassten Reformchancen, edition sigma, Berlin.

Winter, W; Singer, C: Erfolgsfaktoren betrieblicher Gesundheitsförderung – Eine Bilanz aus Sicht bayerischer Unternehmen, in: Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Vetter, Christian (2009): Fehlzeiten-Report 2008. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Springer, Berlin, S. 163 -170.

Zaugg, Robert (2009): Nachhaltiges Personalmanagement, Gabler, Wiesbaden, 2009.

Internetquellen:

Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2013, S. 159., Quelle: OECD Health Data 2012,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2013.pdf, letzter Zugriff am 03.06.2015.

BGM-Navigator: <http://www.ifgp.de/content/bgm-navigator>, letzter Zugriff am 05.06.2015.

Dissertation „Gesundheitsökonomische Evaluation eines Telemedizinsystems für die präklinische Notfallrettung bei Verkehrsunfällen in Deutschland“, <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/auerbach-holger-2006-03-20/HTML/chapter3.html>, letzter Zugriff am 03.06.2015.

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, letzter Zugriff am 07.06.2015.

Schuhmann, Günter (2003): Gesundheitszirkel als Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Präsentation, http://www.uni-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/bssb/bilder/Texte_Dateien_Dokumentationen/Gesundheitszirkel_Grundlagen.pdf, letzter Zugriff am 06.06.2015.

Viehhauser, Prof. Dr. Ralph Viehhauser: „Klinische Psychologie“, [https://people.fh-lands-hut.de/~rviehh/Download_students/Klinische%20Psychologie%20\(7.%20Sem.\)/KlinPsych4-Salutogenese.pdf](https://people.fh-lands-hut.de/~rviehh/Download_students/Klinische%20Psychologie%20(7.%20Sem.)/KlinPsych4-Salutogenese.pdf), S. 4, letzter Zugriff am 19.05.2015.

WHO, 25. Jahrestag der Ottawa-Charta, 2011, Internetquelle: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170525/RC62wd05-Ger.pdf?ua=1, letzter Zugriff am 01.06.2015.

Wurst-Stahlbau, Präsentation (2008): Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU rechnet sich – Methoden und Erfolgsprüfung und praktische Beispiele, http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Gute-Praxis/Vortrag-zum-Betrieblichen-Gesundheitsmanagement-bei-Wurst-Stahlbau.pdf?__blob=publicationFile, letzter Zugriff am 04.06.2015.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Freising, 24.06.2015

Thomas Meyer